

受給者番号※

(※県で記入)

秋田県先進医療等不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者については、以下の先進医療について、保険診療と併用して実施し、これに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

- 医療機関記入欄 (主治医が記入してください。)
各項目について確認し、□にレ点を入れてください。
□ 当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。
□ 今回は先進医療による治療は、保険適用の治療と併せて実施しました。

Table with columns for patient name, date of birth, treatment period, medical technology name, implementation date, and amount received. Includes a summary row for total charges.

※1 治療期間については、治療計画を作成した日から治療終了までを記載してください。
※2 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。