

第2号様式の3(第4条関係)

先進医療 医療機関証明書

年 月 日

八幡市長 様

医療機関

所在地.....

名称.....

代表者.....

電話番号.....

下記のとおり先進医療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

治療を受けた人の氏名		生年月日	年 月 日
パートナーの氏名		生年月日	年 月 日
病名			
手術日・治療期間	年 月 日 から	年 月 日	まで
本人負担(領収)額	円		
内容	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜菌叢検査 <input type="checkbox"/> その他()		
生殖補助医療を実施する医療機関名			
特記事項			