様式第３号（第７条関係）

伊達市不妊治療医療機関等証明書（先進医療分）

（宛名）伊達市長

医療機関　所在地
名　　称
代表者　　㊞
電話番号

下記の者について、先進医療技術である不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
今回の治療方法	先進医療Ａ			
	先進医療Ｂ			
今回の治療期間 (注)	年　月　日～　年　月　日			
領収金額	治療に要した金額の合計（※保険外診療に限る）			
	領収金額　　円			

（注）治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日又は医師の判断等に基づき、やむを得ず当該治療を中止した日までを記載してください。

＜金額内訳＞

	受診日	検査・治療項目	金額
1	年　月　日		円
2	年　月　日		円
3	年　月　日		円
4	年　月　日		円
5	年　月　日		円
6	年　月　日		円
7	年　月　日		円
8	年　月　日		円
9	年　月　日		円
10	年　月　日		円
計			円