

井 手 町 長 様

医療機関
 所在地
 名称
 代表者
 電話番号 印

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

受 療 者 氏 名		生年月日	年 月 日
配 偶 者 氏 名		生年月日	年 月 日
病 名			
手術日・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
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			