

年 月 日

（あて先）京田辺市長

医療機関等  
所在地  
名称  
代表者  
電話番号

印

先進医療医療機関等証明書

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

(ふりがな) 受療者氏名	( )	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 配偶者氏名	( )	生年月日	年 月 日
病名		本人負担額	円
手術日・治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
内容	<div><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術</div> <div><input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養</div> <div><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術</div> <div><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術</div> <div><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査</div> <div><input type="checkbox"/> 子宮内膜菌叢<sup>そう</sup>検査</div> <div><input type="checkbox"/> その他 ( )</div>		
生殖補助医療を実施する医療機関名			
特記事項			