

## 様式第3号（第6条関係）

年 月 日

(あて先) 京田辺市長

医療機関等

所在 地

名 称

代 表 者

印

電話番号

## 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)<br>受療者氏名  | ( )   | 生年月日  | 年 月 日 |
| (ふりがな)<br>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               | <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術<br><input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術<br><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜菌叢検査 <small>そう</small><br><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             |   |       |       |