様式第２号の３（第５条関係）

年　　月　　日

（あて先）京田辺市長

医療機関
所 在 地
名　　称
代 表 者　　㊞
電話番号

先進医療医療機関証明書

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			
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	□　子宮内膜刺激術 □　タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 □　子宮内膜擦過術 □　ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 □　子宮内膜受容能検査 □　子宮内膜菌叢検査 □　その他（　　）		
生殖補助医療を実施する医療機関名			
特　記　事　項			