

第 8 号様式（第 6 条関係）

温存後生殖補助医療連携機関の領収金額内訳証明書

年 月 日

（宛先） 富士市長

医療機関 所在地
名 称
主治医氏名
（氏名を自書しない場合は、記名押印すること。）

次のとおり温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療の一部を行い、治療費を徴収したことを証明します。

受診者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介元となる 温存後生殖補助医療実施医療機関名と当該医師名			医療機関の名称（ 温存後生殖補助医療主治医の氏名 （ ）	
領収金額合計		円（内訳は下記のとおり）		
領収金額内訳	項目		費用	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
治 療 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		
備 考				

領収金額に関する問合せ先

担当部署名	
担当者氏名	
電 話 番 号	