

先進医療における健康保険適用外治療証明書

患者氏名：_____

傷 病 名：_____

●先進医療における健康保険適用外治療を必要とする理由をご記入ください。

記載日： 年 月 日

医療機関名・所在地

主治医

氏 名

印

主治医の方へ

この証明書は、日本新薬グループ共済会会員の先進医療における治療費（全額自己負担額）に対して一部補助するためのものです。患者より依頼がありました際は、本証を発行していただきたく、お願い申し上げます。また、本紙に記入しきれない場合は、「別紙記載」としていただき、記入した別紙（医療機関名、医師名を記入、捺印）を添付していただきますよう、お願い申し上げます。