様式第２号（第６条関係）

# 不妊治療医療機関証明書
（一般不妊治療・人工授精）

年　　月　　日

京丹後市長　　様

医療機関等
所 在 地
名　　称
代 表 者　　印
電話番号

下記のとおり不妊治療（一般不妊治療、人工授精）を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受療者氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 配偶者氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 病　名<br>（不妊症の原因疾患名） | | 不妊治療開始年月日 | 年　月　日 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 年度における診療期間 | 年　月　日　から　　年　月　日　まで | | |
| 保険診療に要した総点数 | 点 | 保険診療分の本人負担額 | 円 |

| 本人負担等の内訳 | 保険診療分 | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| | 区分 | 診療点数 | 負担金額 | |
| | 年　月分 | 点 | 円 | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |
| | 年　月分 | | | |

| | |
|---|---|
| 不妊治療の内容 | ☐ タイミング療法（不妊相談）<br>☐ 排卵誘発法（内服・注射）<br>☐ 腹腔鏡手術　　☐ その他の手術（　　）<br>☐ 人工授精<br>☐ 検査（治療の一環によるものに限る。）<br>☐ その他（　　） |
| 妊娠の有無 | ☐ 有　　☐ 無　　☐ 治療継続中　　☐ 未確認<br>［薬局の場合は、記載不要です。］ |
| 特記事項 | |