

一般不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

京丹後市長 様

医療機関等

所在地

名称

代表者

電話番号

㊞

下記のとおり不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
病名(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(領収)額	円	
人工授精に係る本人負担(領収)金額		円		
保険診療分			人工授精の本人負担額	診療実日数
本人負担額等の内訳	区分	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	円 日
	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	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術( ) <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査(治療の一環によるものに限る) <input type="checkbox"/> その他( )			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中    [薬局の場合は記載不要です。] <input type="checkbox"/> 未確認			
特記事項				

注 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。