

年 月 日

京丹後市長 様

医療機関等 所在地

名称

㊞

主治医

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
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				
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 <input type="checkbox"/> 未確認			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">薬局の場合は記載不要です。</div>
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。