

不妊治療医療機関証明書

年 月 日

城 陽 市 長 様

医療機関

所在地
名称
代表者
電話番号

印

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		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			
保険診療に要した点数計	点	ア 保険診療分の本人負担額計	円	
イ 先進医療の本人負担額計	円	ア+イ 合計金額	円	
本人負担等の内訳	保険診療分		先進医療の本人負担金額	
	区分	診療点数	本人負担金額	
		点	円	円
	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（ ）			
	<input type="checkbox"/> 先進医療（ ） ※領収書添付			
	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療			
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 [薬局の場合は記載不要]			
特記事項				

※この証明書は、受療者ごと（夫婦別）・医療機関ごと（院外処方薬局）に1部作成してください。