

一般不妊治療医療機関証明書

年 月 日

宮津市長 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
平成 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
本人負担等の内訳	保険診療分		人工授精の本人負担金額	
	区 分	診療点数	負担金額	
		点	円	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			
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			<input type="checkbox"/> [薬局の場合は記載不要です。]
特記事項				

※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。