第２号様式の１（第２条関係）

不妊治療医療機関証明書

年　　月　　日

宮　津　市　長　　様

医療機関
所 在 地 ……
名　　称 ……
代 表 者 ……印
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

（ふりがな） 受療者　氏名		生年月日	年　　月　　日
（ふりがな） 配偶者 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			先進医療の本人負担金額
	区分	診療点数	負担金額	
	年　　月分	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			

不妊治療の内容	☐ タイミング療法（不妊相談）　☐ 排卵誘発法（内服・注射） ☐ 腹腔鏡手術　☐ その他の手術（　　） ☐ 人工授精　☐ 検査（治療の一環によるものに限る。） ☐ その他（　　）
	☐ 先進医療 ☐ タイムラプス　☐ 子宮内細菌叢検査　☐ SEET法 ☐ 子宮内膜スクラッチ　☐ 子宮内膜受容能検査 ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 ☐ その他（　　）
	☐ 体外受精　☐ 顕微授精　☐ 男性不妊治療
妊娠の有無	☐ 有　☐ 無　☐ 治療継続中　☐ 未確認
特記事項	