様式第２号（第６条関係）

（表）

年　　月　　日

（あて先）京田辺市長

医療機関等
所 在 地
名　　称
代 表 者　　　　　　　㊞
電話番号

不妊治療医療機関等証明書

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・調剤期間	年　月　日～　年　月　日		
保険診療に要した点数（合計）	点	保険診療分の本人負担金額（合計）	円

	保険診療分			
本人負担金額等の内訳	区分	診療点数	本人負担金額	備考
	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			
	年　月分			

※裏面に続く

（裏）

<table>
<tr><td rowspan="2">不妊治療の内容</td><td>□　タイミング法（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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td>□　体外受精
□　顕微授精
□　男性不妊治療</td></tr>
<tr><td>妊娠の有無</td><td>□有　□無　□治療継続中　□未確認（薬局の場合は、記載不要）</td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td></td></tr>
</table>

注意１：受療者ごと（夫婦別）に作成してください。

注意２：医療機関ごと（院外処方は薬局）ごとに作成してください。