

（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

印

不育治療等医療機関等証明書

下記のとおり不育治療等を実施し、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
病名		治療開始 年月日	年 月 日
今回の診療期間 及び治療等の状況	年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療等継続中		
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
本人負担 金額等の 内訳	保険診療分		
	区分	診療点数	本人負担金額
	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)

検査内容 保険適用 のみ	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )	治療内容 保険適用のみ	<input type="checkbox"/> 手術 ( ) <input type="checkbox"/> 投薬 (ヘパリン注射以外) (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )
出産の有無	<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			

注意 1 : 入院費及び食事代は、助成の対象外です。

注意 2 : 治療等を受けた日の翌日から起算して 1 年を経過する日までに申請が必要なため、検査から治療終了までの期間が 1 年を超える場合は、数回に分けて作成してください。

注意 3 : 医療機関ごと (院外処方薬局) ごとに作成してください。