

様式第4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

印

電話番号

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			

※裏面に続く

(裏)

検査内容 保険適用 のみ	<input type="checkbox"/> 免疫異常	治療内容 保険適用のみ	<input type="checkbox"/> 手術 ()
	<input type="checkbox"/> 内分泌異常		<input type="checkbox"/> 投薬 (ヘパリン注射以外) (薬剤名 :)
	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常		<input type="checkbox"/> ヘパリン注射
	<input type="checkbox"/> 子宮異常		<input type="checkbox"/> その他 ()
	<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（院外処方は薬局）ごとに作成してください。