

(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

受療者氏名	(ふりがな) ()	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 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中			
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	
本人負担等の内訳	保険診療分		/	
	区分	診療点数		負担金額
		点		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			
検査の内容 (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()	治療の内容 (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	<input type="checkbox"/> (薬局の場合は、記載不要です。)		
特記事項				

注1 食事代及び入院費は、助成の対象となりません。
 注2 診療の翌日から1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、数回に分けて証明してください。
 注3 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。