

(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

一般不妊治療医療機関等証明書
(タイミング法等・人工授精)

下記のとおり不妊治療(タイミング法等・人工授精)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	
配偶者氏名 (ふりがな)	()	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(領収)額	円	
人工授精に係る本人負担(領収)金額			円	
本人負担等の内訳	保険診療分		人工授精の本人負担金額	
	区分	診療点数		負担金額
		点	円	円
	年 月分			
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術() <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査(治療の一環によるものに限る。) <input type="checkbox"/> その他()			
妊娠の有無	<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、記載不要です。〕			
特記事項				

※院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれで証明書を作成してください。