

医療機関向け記入例

第2号様式の1（第6条関係）

一般不妊治療等医療機関等証明書

京 都 市 長 様

年 月 日

医療機関等※1
所在地
名称
代表者
電話番号

証明日を記入してください。

治療を受けられた方（証明を
申し出た方）の氏名を記入し
てください。

下記のとおり、負担額を領収したことを証明します。
記

受 療 者 氏 名			生年月日	年 月 日
病 名※2 (不妊症の原因疾患名)			不妊治療開始年月日※2	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	ア 保険診療分の本人負担(領収)金額	円	
に係る本人負担(領収)金額	円	ア+イ 合計金額	円	
本人負担等の内訳	保険診療分		先進医療の本人負担金額	
	区 分	診療点数	負担金額	
		点	円	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			
	年 月分			
不妊治療の内容※2	☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 排卵誘発法（内服・注射） ☐ 腹腔鏡手術 ☐ その他の手術（ ） （治療の一環によるものに限る。）			
☐ 授精 ☐ 男性不妊治療				
妊 娠 の 有 無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 治療継続中 ☐ 未確認			
限度額適用の有無	☐ 有（対象治療月： ） ☐ 無			
特 記 事 項				

治療を行った年度を
記入してください。

保険診療で行った不妊治療
の年月、診療点数及び負担金
額を記入してください。

先進医療について記
入してください。

マイナ保険証または限度額適用認定証の利用
により、自己負担限度額を適用した場合は、有
と記入してください。適用した治療月も記入し
てください。

事務担当者の確認印を押印し
てください。

※1 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
※2 薬局の場合は記載不要です。

この証明書は必ず医療機関の事務
担当者に確認してもらってください

確認欄