

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

京都市长様

年月日

医療機関等※1
所在地
名称
代表者
電話番号

下記のとおり不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名			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	
イ 先進医療に係る本人負担(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	
	年月分	点	円	円
	年月分			
不妊治療の内容※2		<input type="checkbox"/> タイミング療法（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（ ） <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療		
妊娠の有無※2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認			
限度額適用の有無	<input type="checkbox"/> 有（対象治療月： ） <input type="checkbox"/> 無			
特記事項				

※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を作成してください。

※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