

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

年 月 日

京 都 市 長 様

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
		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		
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		
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。