

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

証明日を記入してください。

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

治療を受けられた方(証明を
下記のとおり申し出た方)の氏名を記入し、負担額を領収したことを証明します。

治療を受けられた方(証明を
下記のとおり申し出た方)の氏名を記入し、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		
治療を行った年度を 記入してください。	療養に要した総点数	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	円
	年 月分		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		
	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			

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。

※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。