

不育症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

下記のとおり不育症治療等を実施し、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			治療開始年月日※2	年 月 日
今回の診療期間 及び治療等の状況	年 月 日 から 年 月 日 まで ☐ 終了 ☐ 治療継続中			
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	
本人負担等の内訳	保険診療分			備考
	区 分	診療点数	負担金額	
	年 月分	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			
	検 査 の 内 容※2 (保険適用のみ)	☐ 免疫異常 ☐ 内分泌異常 ☐ 夫婦染色体異常 ☐ 子宮異常 ☐ その他 ()		治 療 の 内 容 (保険適用のみ)
出 産 の 有 無※2	☐ 有 ☐ 無 ☐ 治療継続中 ☐ 未確認			
特 記 事 項				

注1 食事代、入院費は、助成の対象となりません。
2 1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、
数回に分けて証明してください。
※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。

この意見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
-------------------------------------	-----