

医療機関向け記入例

第2号様式の2（第6条関係）

証明日を記入してください。

不育症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
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。

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 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 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	区分	保険診療分 診療点数	負担金額	備考
	年月分	点	円	
	年月分			
検査の内容※2		<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常		
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。		治療の内容 (保険適用のみ)		
		<input type="checkbox"/> 手術（ <input type="checkbox"/> 投薬（～ペリン注射以外） (薬剤名： <input type="checkbox"/> ペリン注射 <input type="checkbox"/> その他（		
) <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				

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
数回に分けて証明してください。

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