

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

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
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	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	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常		治 療 の 内 容	<input type="checkbox"/> 手術（ <input type="checkbox"/> 投薬（ヘパリン注射以外） （薬剤名： <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ （保険適用のみ）
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。				
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				

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。

事務担当者の確認印を押印してください。

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。

※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