

## 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<br>及び治療等の状況 | 年 月 日 から 年 月 日 まで<br><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                  |                                                                                                                                                             |
|                     |                                                                                                                   | 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<br>(保険適用のみ)                                                                                           | <input type="checkbox"/> 免疫異常<br><input type="checkbox"/> 内分泌異常<br><input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常<br><input type="checkbox"/> 子宮異常<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 治 療 の 内 容<br>(保険適用のみ) | <input type="checkbox"/> 手術 ( )<br><input type="checkbox"/> 投薬 (へパリン注射以外)<br>(薬剤名: )<br><input type="checkbox"/> へパリン注射<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 出 産 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             |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                             |

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。