

不妊治療医療機関証明書

(一般不妊治療・人工授精)

年 月 日

出雲崎町長宛て

医療機関等

住所

名称

代表者

電話番号

印

下記のとおり不妊治療を実施し、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	
配偶者氏名		生年月日	年 月 日	
病名 (不妊症の原因疾患名)		不妊治療開始日	年 月 日	
[]年度における診療期間		年 月 日 ~	年 月 日	
保険診療に 要した点数	点	保険診療の本人負担額 (領収額)	円	
本人負担額等の 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	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法 (不妊相談) <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 検査 (治療の一環によるものに限る) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他の手術 ()			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認 (薬局の場合は記載不要)			
特記事項				

※証明書は治療年度 (4月1日~3月31日) ごとに分けて作成をお願いいたします。