

亀岡市不妊治療医療機関証明書

年 月 日

(宛先)亀岡市長

医療機関等  
所在地  
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

(ふりがな) 受療者氏名	( )	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 配偶者氏名	( )	生年月日	年 月 日
病 名 (不妊症の原因疾患名)		不妊治療開始年月日	年 月 日
年度における診療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
本人負担等の内訳	保険診療分		先進医療の本人負担金額
	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		
		保険診療に要した総点数 点	保険診療分の本人負担総額 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"/> 排卵誘発法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術( ) <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査(治療の一環によるものに限る) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療(治療内容: ) <input type="checkbox"/> 先進医療(治療内容: ) <input type="checkbox"/> 薬剤処方		
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です		
特記事項			

※診療期間が年度をまたぐ場合は、各年度に1枚の証明書を作成してください。  
 ※本証明書は、受療者1人につき1枚、医療機関ごとに1枚作成してください。  
 ※院外処方がある場合も申請対象となります。本様式をご利用ください(上記「不妊治療の内容」の「薬剤処方」に☑てください)。  
 ※本証明書発行料は助成の対象とはなりません。