

亀岡市不妊治療医療機関証明書  
(不育症治療等)

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

下記のとおり不育治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受療者氏名	( )	男・女	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 配偶者氏名	( )	男・女	生年月日	年 月 日
病 名			治療開始年月日	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			
検査の内容 (保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他( )	治療の内容 (保険適用のみ)	<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( )	
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			
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☑してください)。  
 ※本証明書発行料、食事代、入院費は、助成の対象となりません。