一般不妊治療医療機関証明書

年　　月　　日

木津川市長　　様

医療機関等
所 在 地
名　　称
代 表 者　　㊞
電話番号

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。

受 療 者 氏 名		男・女	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
平成　　年度における診療期間	年　月　日 から　年　月　日 まで			
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
人工授精に係る本人負担(領収)金額				円

本人負担等の内訳	保険診療分			人工授精の本人負担金額
	区　分	診療点数	負担金額	
	年　月分	点	円	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			
	年　月分			
	年　月分			

不妊治療の内容	□タイミング療法（不妊相談） □排卵誘発法（内服 ・注射 ） □腹腔鏡手術　□その他の手術（　　） □人工授精 □検査(治療の一環によるものに限る。) □その他（　　）
妊 娠 の 有 無	□有　□無　□治療継続中　□未確認　（薬局の場合は記載不要です。）
特　記　事　項	

※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。