

一般不妊治療医療機関等証明書

令和 年 月 日

(宛先)向日市長

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		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
年度における診療期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
保険診療に要した点数	点	保険診療分の本人負担 額(領収額)		円
人工授精に係る本人負担(領収)金額				円
本人負担額等の内訳	保険診療分			人工授精の本人負担額
	区 分	診療点数	負 担 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			
	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( )		
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				