

伊 根 町 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。

記

受療者氏名 (ふりがな)	()	生年月日	年 月 日	
配偶者氏名 (ふりがな)	()	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			
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)額	円	
本人負担(領収)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	円
	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()			
	<input type="checkbox"/> 先進医療			
	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療			
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				

※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。