

様式第2号(第4条関係)
(その1)

不妊治療に係る医療機関等証明書

年 月 日

(宛先) 舞鶴市長

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

受療者氏名		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			
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	
先進医療に係る本人負担 (領収) 金額			円	
本人負担等の内訳	保険診療分			先進医療の本人負担額
	区分	診療点数	負担金額	
		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"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <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				

注意

- 1 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。
- 2 薬局の場合は、病名、不妊治療開始年月日、不妊治療の内容及び妊娠の有無の欄については、記載不要です。