

長岡京市長 様

医療機関  
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

(ふりがな) 受療者氏名	( )	生年月日	年 月 日	
(ふりがな) 配偶者氏名	( )	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額	円	
本人負担等の内訳	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
		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			
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			
	<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。