

一般不妊治療医療機関証明書

（一般不妊治療・人工受精・タイミング法等）

令和 年 月 日

山都町長 様

医療機関等

住 所

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		生 年 月 日	
配 偶 者 氏 名		生 年 月 日	
病 名 (不妊症の原因疾患名)		不妊治療開始日	
【 】年度における診療機関	年 月 日～ 年 月 日		
保 険 診 療 に 要 した 点 数	点	保険診療の本人負担額 (領収額)	円
本人負担額等の 内 訳	保険診療分		備考
	区 分	診療点数 負担金額	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	年 月分	点 円	
	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） ☐腹空鏡手術 ☐その他の手術（ ） ☐人工受精 ☐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）		
特 記 事 項			