

不妊治療医療機関証明書

（一般不妊治療・生殖補助医療・男性不妊治療）

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		
治 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日			
保 険 診 療 に 要 し た合計点数	点	保険診療の本人負担額合計 (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	※今回の治療内容に該当するもの全てに☑を入れてください。 □一般不妊治療（□不妊検査 □タイミング法 □人工授精 □その他 ） □生殖補助医療（□体外受精 □顕微授精 □男性不妊治療 □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				