様式第2号（第８条関係）

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 |  |
| 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** |  |