

不妊治療医療機関証明書

（一般不妊治療・生殖補助医療・先進医療・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		
今回の治療期間	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。 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療（ <input type="checkbox"/> 不妊検査 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（ <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"/> その他） <input type="checkbox"/> 先進医療※（治療・検査名）			
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（薬局の場合は記載不要）			
特記事項				

※先進医療は生殖補助医療と併用して行われたものに限ります。