様式第２号（第４条関係）

不妊治療医療機関証明書

年　　月　　日

（あて先）久御山町長

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	年　　月　　日
配 偶 者 氏 名		生年月日	年　　月　　日
病　　名 （不妊症の原因疾患名）		不妊治療開始日	年　　月　　日
[　　]年度における診療期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		

保険診療分		診療点数	負担金額（領収額）	備考
		点	円	
本人負担等の内訳	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	□タイミング療法（不妊相談） □腹腔鏡手術 □人工授精 □その他（　　）	□排卵誘発法（内服・注射） □その他の手術（　　） □検査（治療の一環によるものに限る）
	□体外受精　□顕微授精　□男性不妊治療	
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		

この証明書は、受療者ごと（夫婦別）・医療機関ごと（院外処方は薬局）に１部作成をお願いします。