

不育治療等医療機関証明書

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

印

下記のとおり不育治療等を実施し、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			治療開始日	年 月 日
今回の診療期間 及び治療等の状況	年 月 日 から 年 月 日 まで ☐ 終了 ☐ 治療継続中			
保険診療に要した総点数	点		保険診療分の本人負担額	円
本人負担等の内訳	保険診療分			備考
	区分	診療点数	負担金額	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	検 査 の 内 容 (保 険 適 用 の み)	☐ 免疫異常 ☐ 内分泌異常 ☐ 夫婦染色体異常 ☐ 子宮異常 ☐ その他 ()	治 療 の 内 容 (保 険 適 用 の み)	☐ 手術 () ☐ 投薬 (ヘパリン注射以外) (薬剤名:) ☐ ヘパリン注射 ☐ 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です。]			
特 記 事 項				

注1 食事代、入院費は、助成の対象となりません。
2 診療日の翌日から1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、数回に分けて証明してください。
3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。