

福知山市一般不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

福知山市長様

医療機関等  
所在地  
名称  
代表者  
電話番号 ( ) 印

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		男・女	生年月日	年 月 日
病名 (不妊症の原因疾患名)			不妊治療 開始年月日	年 月 日
年度における 診療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
保険診療に要した点数	点	保険診療分本人負担(領収)額		円
人工授精に係る本人負担(領収)額				円
本人負担額等の内訳	区分	保険診療分		人工授精の本人負担金額
		診療点数	負担金額	
	年月分	点	円	円
	年月分			
	年月分			
	年月分			
	年月分			
	年月分			
	年月分			
	年月分			
	年月分			
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術（ ） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査（治療の一環によるものに限る） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
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です。			
特記事項				

※注1 食事代、入院費、本証明書発行料は、助成の対象となりません。

2 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。

福知山市不育治療等医療機関等証明書

年 月 日

福知山市長様

医療機関等  
所在地  
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		男・女	生年月日	年 月 日
病名			治療開始年月日	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 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 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(領収)額		円
本人負担額等の内訳	区分	保険診療分		
		診療点数	負担金額	円
	年 月分	点		
	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)	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )	治療の内容(保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 手術 ( ) <input type="checkbox"/> 投薬 (ヘパリン注射以外) (薬剤名 ) <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> その他
出産の有無	<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です。		
特記事項				

※注1 食事代、入院費、本証明書発行料は、助成の対象となりません。

2 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。