別記様式第２号（第４条関係）

福知山市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　　印
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		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

本人負担額等の内訳	区分	保険診療分		先進医療の本人負担金額
		診療点数	負担金額	
	年　月分	点	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			
	年　月分			
	年　月分			
	年　月分			

不妊治療の内容	□タイミング療法（不妊相談） □排卵誘発法（内服・注射） □腹腔鏡手術　□その他の手術（　　） □人工授精 □検査（治療の一環によるものに限る。） □体外授精　□顕微授精　□男性不妊治療 □先進医療 □その他（　　）
妊娠の有無	□有　□無　□治療継続中　□未確認
特記事項	

※注1　食事代、入院費及び本証明書発行料は、助成の対象となりません。

2　治療日から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（ただし、体外受精、顕微授精、男性不妊治療及び先進医療については治療が終了した日から１年以内）。

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。

4　薬局の場合は、病名、診療期間、不妊治療の内容及び妊娠の有無の欄については記載不要です。