

不妊治療医療機関証明書

年 月 日

大山崎町長 様

【医療機関】

所在地

名 称

代 表 者

電 話 番 号



次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。

ふりがな 受療者氏名		生年月日	年 月 日	
ふりがな 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			
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担額	円	
先進医療に係る本人負担(領収)金額			円	
本人負担等の内訳	保険診療分		先進医療の本人負担金額	
	区分	診療点数		負担金額
			円	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			
	年 月分			
	年 月分			
不妊治療の内容	保険診療	<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"/> 検査（治療の一環によるものに限る。） <input type="checkbox"/> 人工授精 <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（ ）		
	先進医療	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜菌叢検査 <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				