様式第２号の１（第２条関係）

一般不妊治療医療機関証明書

年　　月　　日

大　山　崎　町　長　　様

医療機関等
所 在 地
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		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			

保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担（領収）額	円
人工授精に係る本人負担（領収）金額			円

	保険診療分			人工授精の本人負担金額
	区　　分	診療点数	負担金額	
本人負担等の内訳	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			
	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。） □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	

※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。