

不育治療等医療機関証明書

年 月 日

八 幡 市 長 様

医療機関
所 在 地 _____
名 称 _____
代 表 者 _____ 印
電話番号 _____

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

治療を受けた人の氏名				生年月日	年 月 日
パートナーの氏名				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	年月	診療点数	負担金額	備考	
	年 月分	点	円		
	年 月分	点	円		
	年 月分	点	円		
	年 月分	点	円		
	年 月分	点	円		
	年 月分	点	円		
	年 月分	点	円		
	年 月分	点	円		
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 ☐ ヘパリン注射 ☐ 投薬(ヘパリン注射以外) (薬剤名：) ☐ 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			
特記事項					

注 1 食事代、入院費は助成対象外です。

注 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、数回に分けて申請してください。

注 3 院外処方がある場合は、薬局分の証明書も必要となります。