第２号様式の１(第４条関係)

不妊治療医療機関証明書
(一般不妊治療・人工授精)

年　　月　　日

八 幡 市 長　　様

医療機関・薬局名

所 在 地……

名　　称……

代 表 者……㊞

電話番号……

下記の通り不妊治療（一般不妊治療・人工授精）を実施、または薬剤を処方し、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
不妊症の原因疾患名 ※薬局の場合は記載不要		不妊治療開始年月日 保険調剤開始年月日	年　　月　　日
不妊治療の診療期間 保険調剤期間	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

本人負担等の内訳	年月	診療点数	本人負担額	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	
	年　　月分	点	円	
	年　　月分	点	円	

不妊治療の内容 (薬局の場合は記入不要)	□タイミング療法(不妊相談)　□排卵誘発法(内服・注射)　□人工授精 □腹腔鏡手術　□その他の手術(　　) □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	

★裏面の「記入上の注意点」をご参照の上、記入願います。

記入上の注意点

1. この用紙は、医療機関・薬局のどちらの証明にもご利用できます。薬剤を処方された場合は、医療機関と薬局のそれぞれに提出し証明を受けてください。1 枚の用紙で医療機関・薬局両方分の証明はできませんので用紙が足りない場合は随時コピーしてご利用ください。
2. 不妊症の原因疾患名について複数ある場合は、主となるものを記入し、その他の疾患名については、特記事項欄にご記入ください。
3. 不妊治療開始年月日・保険調剤開始年月日については、今回の治療の開始年月日をご記入ください。
4. 不妊治療の診療期間・保険調剤期間については、この用紙に記入している分をご記入ください。年度で区切る必要はありません。
   例）今回の治療開始年月日は令和 3 年 4 月 1 日、この用紙に記入している分は、令和 4 年 3 月 8 日から令和 4 年 9 月 14 日の場合は、不妊治療開始年月日は、令和 3 年 4 月 1 日とし、不妊治療の診療期間は、令和 4 年 3 月 8 日～令和 4 年 9 月 14 日となります。
5. 本人負担等の内訳欄は、月毎にまとめてご記入ください。
6. 不妊治療の内容は、今回の治療内容分をすべて御記入ください。薬局の場合は記入不要です。
7. 妊娠の有無については、診療期間の最終日現在の状況について御記入ください。薬局の場合は記入不要です。