一般不妊治療証明書

年　　月　　日

歌志内市長　様

医療機関等
所 在 地
名　　称
代表者名
電話番号

次のとおり一般不妊治療を実施したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	(　　)	生年月日	年　　月　　日生(　　歳)
治療期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
治療内容 (保険適用のものに限る)	□検査(検査名：　　) □タイミング療法　　□人工授精 □薬物療法(内服・注射)　　□手術 □その他(　　)		
院外処方の有無　□有　・　□無			

	区分	保険適用分		備　考
		診療点数	自己負担分	
自己負担額の内訳	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
	年　　月分		円	
合　計(①)			円	
文書料(②)		円	総合計(①＋②)	円