

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

（産婦人科又は泌尿器科を標ぼうする医療機関用）

一般不妊治療費医療機関等証明書

（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、保険診療に係る被保険者負担額を領収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
病 名 （不妊症の原因疾患名）		貴医療機関における不妊治療開始年月日 年 月 日	
治療の医学的必要性（※1）	有 ・ 無		
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（※2）	点		
保険診療費被保険者負担（領収）額	円		
保険診療に係る検査・不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <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"/> 精索静脈瘤手術 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> その他		
特記事項 （※3）	<input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 精管吻合術 <input type="checkbox"/> 精巣精管吻合術		

- ※1 貴医療機関において一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。
- ※2 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。
- ※3 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名及び投薬日数を特記事項欄に明記してください。（特記事項欄の記入に代えて、処方せんの写しを添付することも可とします。）

一般

年 月 日

(宛先)
岩国市長 様

(薬局用)
一般不妊治療費医療機関等証明書

(薬局) 所在地
名称
薬剤師名
電話番号

次のとおり処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収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	
処方せん 交付医療機関	医療機関名	
	所在地	
	医師名	
	交付年月日	年 月 日
調剤内容	調剤年月日	年 月 日
	薬剤名	
	投薬日数	日
	領収金額	円

※ 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容欄の記入に代えて、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とします。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は、必ず記載してください。