

記入例（病院用）

年度に関係なく1枚にご記入ください。

様式第2号（第5条関係）

不妊治療医療機関等証明書

記入日の記載をお願いします

〇〇年〇〇月〇〇日

京田辺市長 宛

医療機関等

住所 京都市中央区1-2-3

名称 京都クリニック 捺印をお願いします

代表者 京都太郎 印

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

Table with columns for patient name (田辺花子), sex (男・女), birth date (〇年〇月〇日), disease name (〇〇〇〇症), treatment start date (〇年〇月〇日), treatment period (平成29年12月25日から平成30年7月18日まで), insurance points (3457点), insurance burden (10,330円), and total burden (20,000円). Includes a detailed breakdown of insurance points by month and treatment details like IVF and ovulation induction.