

【医療機関・薬局の方へ】

不妊治療と不育症治療がある場合、それぞれ一枚ずつ受診証明書を記入してください。

第2号様式（第6条関係）

不妊等治療受診証明書

下記の者について、不妊等治療が必要であり、過去の不妊等治療の経過等を十分考慮し、次のとおり治療を実施したことを証明します。

年 月 日

伊東市長 様

所在地
医療機関 名称 (印)
主治医氏名

(フリガナ) 受診者氏名 生年月日	夫	() 年 月 日 (歳)	妻	() 年 月 日 (歳)
今回の申請に係る治療の期間		年 月 日～ 年 月 日		
今回の治療区分 にレ点を入れて ください。	領収金額			治療区分ごとの治療の期間
	保険適用	保険適用外	先進医療	
<input type="checkbox"/> 一般不妊 治療	円	円	円	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 人工授精	円	円	円	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 特定不妊 治療	円	円	円	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 不育症治療	円	※1 円	円	年 月 日～ 年 月 日
		※2 円	円	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他	円	円	円	年 月 日～ 年 月 日
今回の治療経過等についてご記入ください。（治療を中断した場合は、その経過を含む。）				
今回の治療にかかった診療費の自己負担額（上記領収金額の合計）				
領収金額		円 ※実費(保険適用、保険適用外、先進医療)負担額		

(備考)

- 1 助成対象となる不妊等治療の費用は、治療費、検査料及び直接治療に必要な凍結保存料等です（差額ベッド代、食事代、文書料等治療に直接関係のない費用を除きます。）。
- 2 保険診療外の領収金額欄には先進医療の領収金額を含めず、先進医療の領収金額欄に記載してください。
- 3 下記の不育症治療に該当する場合は、不育症治療（保険適用外）欄（※1）に金額を記載してください（下記以外の保険適用外の検査、治療を行った場合は、※2に金額を記載してください。）。
 (1) 一次スクリーニング（抗リン脂質抗体検査、夫婦染色体検査）
 (2) 選択的検査（抗リン脂質抗体検査、血栓性素因スクリーニング検査（凝固因子検査））
 (3) 絨毛染色体検査に要する費用
 (4) 低用量アスピリン療法に要する費用
 (5) ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。）に要する費用