

**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  
主治医氏名 (印)

(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		
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 (タイミング療法、排 卵誘発法等)	円	円	年 月 日～ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 (人工授精)	円	円	年 月 日～ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 特定不妊治療 (体外受精・顕微授精)	円	円	年 月 日～ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 不育症治療	円	※1 円	年 月 日～ 年 月 日	
		※2 円		
<input type="checkbox"/> その他	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)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 一般不妊治療(人工授精)の対象となる治療は次のとおりです。

- (1) 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査費用
- (2) 採精(事前採取も含む。)費用
- (3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料(通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。)
- (4) 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
- (5) 排卵誘発のためのH C G注射
- (6) 精子を子宮内に注入するために要する費用
- (7) 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等

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