

# 記入例

(表)

不妊・不育症治療証明書

年 月 日

裾野市長 様

所在地

医療機関 名称

主治医氏名

この期間内の領収書で  
1年未満のものが有効  
となります。

次の者について、不妊・不育症治療した（治療中である）ことを証明し

受診者氏名(ふりがな)			
夫	( )	年	日生( 歳)
妻	( )	年	月 日生( 歳)
今回の申請に係る治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
(うち、不育症治療期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		
今回行った不妊・不育症治療について該当箇所に記入してください。日程、経過等は余白に記入してください。			
・タイミング療法(実施)	( 回)	・未実施	
・排卵誘発法(実施)	( 回)	・未実施	
・人工授精(実施)	( 回)	・未実施	
・体外受精(実施)	( 回)	・未実施	
・顕微授精(実施)	( 回)	・未実施	
・手術療法(実施・未実施)	(手術方法 )		
不育症治療( )			
・その他( )			
[今回の不妊・不育症治療にかかった金額合計]			
領収金額(注1)	円	うち不育症治療に要した費用(①+②)	円
不育症治療内容における(注2)	医療機関徴収分	薬局徴収分	
(1)検査(①検査料、②検査結果通知料、③超音波検査、④超音波スクリーニング)	円	円	
申請される領収書の合計と一致している又は領収書の合計よりも少ないことを確認してください。(領収書の中には助成対象外の金額が含まれている場合があります。注1)	円	円	
	円	円	
	円	円	
⑤絨毛染色体検査	円	円	
(2)治療 ⑥	円	円	
⑦	円	円	
合計	① 円	② 円	

下記の費用の内訳が記入されているか確認してください。

不育症治療は保険適用外のみ。

申請される領収書の合計と一致している又は領収書の合計よりも少ないことを確認してください。(領収書の中には助成対象外の金額が含まれている場合があります。注1)

⑥ 上段の「うち不育症治療に要した費用(①+②)」と一致していることを確認してください。

※ 裏面に注書きがあります。

(裏)

(注1) 次の費用は、領収金額に含めないでください。

- (1) 不妊・不育症治療診断前の検査（性感染症やがん検診含む）等費用
- (2) 妊娠判定に要した費用
- (3) 食事代、入院時差額ベッド代
- (4) 診断書、証明書その他の文書について、その取得に要した費用
- (5) 前各号に掲げるもののほか、不妊治療には直接関係しないものの費用

(注2) 不育症治療内容に要した費用については、当該患者に関して行った保険適用外に係るもののみ記入してください。