

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



次の者について、不妊・不育症治療した（治療中である）ことを証明します。

	受診者氏名（ふりがな）	生年月日	
夫	()	年 月 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費用（注2）	医療機関徴収分	薬局徴収分	
(1)検査 ①検査抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング）	円	円	
②夫婦染色体検査	円	円	
③抗リン脂質抗体検査（選択的検査）	円	円	
④血栓性素因スクリーニング検査	円	円	
⑤絨毛染色体検査	円	円	
(2)治療 ⑥低用アスピリン療法	円	円	
⑦ヘパリン療法	円	円	
合計	① 円	② 円	

※ 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。