

(表)

不妊・不育症治療証明書

年 月 日

# 記入例

東伊豆町長 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年以内のものが有効  
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	( )	S・H	年 月 日生 ( 歳)
妻	( )	S・H	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、人工授精治療期間)	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。			
・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	円	うち人工授精に要した費用 (①+②)	円
		うち不育症治療に要した費用 (③+④)	円
人工授精治療内容における費用	医療機関徴収分	薬局分徴収分	
(1) 事前検査として	細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用	円	円
( )		円	円
( )		円	円
( )		円	円
( )		円	円
( )		円	円
( )		円	円
(7) 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等に要する費用		円	円
合計		① 円	② 円
不育症治療内容における費用	医療機関徴収分	薬局分徴収分	
(1)		円	円
( )		円	円
( )		円	円
( )		円	円
( )		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		③ 円	④ 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。

特定不妊治療です。県への申請をされているか確認してください。

人工授精、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るため。注1)

上段の「うち人工授精に要した費用(①+②)」、「うち人工授精に要した費用(③+④)」と一致していることを確認してくだ

※ 裏面に注意書きがあります。

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 人工授精・不育症については、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。

