様式第２号（第７条関係）

一般不妊治療受診等証明書（医療機関用）

下記の者については、一般不妊治療が必要と診断し、一般不妊治療を実施しました。これに要した医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関
住所
名称
主治医氏名　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日		年　月　日（　歳）		年　月　日（　歳）

【一般不妊治療（不妊治療ペア検査を除く）】

実施した不妊治療
□　タイミング法　　実施（　　回）　・　未実施 □　排卵誘発法　　実施（　　回　/　内服　・注射　）　・　未実施 □　人工授精　　実施（　　回）　・　未実施 □　手術療法　　実施　・　未実施 └（手術方法：　　） □　検　査（診断及び治療のために必要なものに限る。） □　その他（　　） ○特記事項

一般不妊治療に関する院外処方の有無	□ 有　□ 無
妊娠の有無	□ 有　□ 無　□ 治療継続中　□ 未確認
治療期間※１	年　月　日　～　年　月　日
領収年月日	年　月　日　～　年　月　日
領収金額 ※２・※５	円

【不妊治療ペア検査】

実施した検査
□　甲状腺機能検査　□ □　その他（

初回受診日	（　日）
検査の期間※３	
領収年月日	年　月　日　～　年　月　日
領収金額 ※４・※５	円

年度（１月～12 月）をまたいで検査する場合は、検査終了日の属する年度の申請期間に申請していただきます。
不妊治療ペア検査の助成は、夫婦１組あたり１回限りです。

※１　治療期間については、年度単位（１月～12 月）で記載してください。
※２　保険適用内外を問わず、一般不妊治療の今回の治療期間における領収金額（ただし、不妊治療ペア検査費を除く。）を記載してください（記載の領収金額を満たす領収書を添付してください。）。
※３　検査期間については、初診の日から不妊治療ペア検査の終了日までを記載してください。
※４　不妊治療ペア検査期間における領収金額（医療保険適用外の検査費）を記載してください（記載の領収金額を満たす領収書を添付してください。）。
※５　入院時食事療法費、文書料、個室料その他一般不妊治療に直接関係がない費用は交付対象外ですので、記載しないでください。