

石井町不妊治療費助成事業受診等証明書

氏名 生年月日	対象者	年 月 日(歳)	配偶者	年 月 日(歳)
------------	-----	-----------	-----	-----------

↑申請者ご自身が記入してください。

【主治医証明欄】

上記の者について次のとおり、生殖補助医療を行ったことを証明します。 年 月 日 医療機関の名称 所在地 主治医氏名 印				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (男性不妊治療分) 年 月 日 ~ 年 月 日 治療終了日区分 <input type="checkbox"/> 妊娠判定(有・無) <input type="checkbox"/> 治療中止			
治療内容	(実施した生殖補助医療に係る治療で該当するものすべてに✓をご記入ください。) <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 受精(<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精) <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚移植術(<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結・融解胚移植) <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術 (精子の回収の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 ()			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり→合計 日(処方日を下記に記載) <input type="checkbox"/> なし			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

●助成対象・・・保険診療の対象となる生殖補助医療

- ・治療に直接関係のない費用(文書料、個室料、食事療養費等)は対象外です。
- ・採卵準備のための投薬のみの治療は助成対象外です。ただし、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等の理由で治療を中止した場合は、男性不妊治療のみ助成対象とします。

●治療内容

- ・採卵準備または凍結胚移植を行うために投薬開始を行った日から、治療終了日(妊娠判定または治療を中止した日)までを記入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

*裏面の医療機関等領収証明欄もご記入ください。

氏名 生年月日	対象者	年 月 日(歳)	配偶者	年 月 日(歳)
------------	-----	-----------	-----	-----------

↑申請者ご自身が記入してください。

【医療機関領収証明欄】 令和7年4月1日以降の生殖補助医療治療費の自己負担分が対象です。

上記の者について、様式第2号-1の主治医証明の治療に係る医療費を次のとおり領収しました。

領収金額合計 金 円 ←訂正不可

診療月	保険診療分	入院・外来の別 (該当する方に○)	診療日数
年 月分	円	入院・外来	日
年 月分	円	入院・外来	日
年 月分	円	入院・外来	日
年 月分	円	入院・外来	日
年 月分	円	入院・外来	日
年 月分	円	入院・外来	日
合 計	円		

年 月 日
医療機関の名称 所在地
代表者名
電話番号

印

【薬局領収証明欄】

様式第2号-1の主治医証明に基づき上記のとおり薬剤を処方し、次の金額を領収しました。

*主治医の証明に基づかない日付のもの(様式第2号-1に記載のないもの)は対象外です。

領収金額合計 金 円 ←訂正不可

薬剤処方年月日	領収金額	薬剤処方年月日	領収金額	薬剤処方年月日	領収金額
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円

年 月 日
薬局の名称 所在地
責任者名
電話番号

印