

様式第2号（第5条関係）

加古川市一般不妊治療受診等証明書

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。
☐ 不妊検査を実施しました。}

これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

加古川市長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名
(自署又は記名押印)

医療機関記入欄（主治医が記入すること）				
受診者	夫	(フリガナ) 氏名	妻	(フリガナ) 氏名
		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療内容等	○当該患者が今回行った不妊治療等について該当箇所に記入してください。 ☐タイミング療法 ☐薬物療法 ☐手術療法 ☐人工授精 ☐検査 〔初回の検査の場合、検査日を記入してください〕 夫検査日：令和 年 月 日 妻検査日：令和 年 月 日 ☐その他（ ） ○一般不妊治療に関する院外処方の有無 ☐あり ☐なし ○特記事項			
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日 (1月から12月までに受診した実際の治療期間を記入してください。)		今回の治療による 妊娠の有無	
			有	無
領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日				
領収金額 円				
(上記、治療期間の領収年月日及び領収金額を記入してください。)				

- ※ 1 : 医療保険適用の内外問いません。ただし、特定不妊治療にかかる検査・治療は対象外です。
- ※ 2 : 院外処方がある場合は、主治医が患者から一般不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。
- ※ 3 : サプリメント、入院時食事療養費、文書料、個室料その他一般不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。

【裏面もご記入ください】

様式第 2 号（第 5 条関係）（裏面）

※今回の検査・治療（表面の証明内容）のうち、下記に該当するものがありましたら、ご記入ください。

不妊治療ペア検査（保険適用外）に該当するもの ☐有 ☐無

【保険適用外のペア検査（妻と夫の初回受診の間隔が 3 ヶ月以内）】

今回の検査内容							
今回の検査期間 ※ 1	年 月 日 ~	今回の検査による治療 の 必 要 性 の 有 無			今 回 の 検 査 に よ る 不 妊 治 療 の 有 無		
	年 月 日	有	無	不明	有	無	不明
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日						
領収金額 _____ 円（※ 2）							
備考							

※ 1：検査期間については、初診の日から検査終了日までを記載してください。

※ 2：今回の検査期間における領収金額（医療保険適用外の医療費）を記載してください。

（記載の領収金額を満たす領収書及び夫婦の初回検査にかかる領収書を添付してください。）

※ 3：夫婦どちらか一方の検査がすべて保険適用となり、申請にかかる領収書が夫婦どちらか一方のみとなる場合、その旨を備考欄に記載してください。