

様式第5号（第7条関係）

あわらし一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、一般不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(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)
診療開始日※1				
証明治療期間 ※2	年 月 日 ~ 年 月 日			
受診者負担額※3	円			
今回実施した 不妊治療	<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣精検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回)			
該当するものに☑し、その 他の場合は()内に医療名 を記載してください。	<input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法:) <input type="checkbox"/> その他 ()			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
妊娠成立の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未確認			

〈 注意 〉

夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、一枚に記載してください。別々の医療機関で受診した場合はそれぞれの医療機関で記入してください。特定不妊及び不育症に係る検査及び治療は対象外です。

※1 令和5年4月1日以降に実施した治療や検査が対象となります。

※2 一般不妊治療を開始した日から起算して2年間が助成対象期間となります。

※3 助成対象期間における一般不妊治療に係る検査や治療費の受診者負担額を記載してください（保険診療か否かは問いません）。ただし、文書料、食事療養費、個室料等の直接的な治療費でない費用は対象外です。