平成29年度用

品川区一般不妊治療·検査受診等証明書

(フリガナ)		()		()
氏 名	対					配					
	象		_			偶			_		
生年月日	者	年	月	日 (歳)	者		年	月	日 (歳)

※氏名(対象者・配偶者)は、申請される方がお書きください。

【主治医証明欄】

4										
ついて	 不妊症と	診断〕	し、T	「記のと	おり、					
	不妊検	査・-	一般不	「妊治療	を行って	たこ	とを記	正明し	ます	· •
						7	다는	左	п	П
		医瘠档	関の名	名称おと	75所在州	<u>.</u>	一口人	午	月	日
				□ 1/1.40 5						
				主	治医氏名					(FI
の開始な	 手月 日									
年	月	日								
I 日~亚	战30年	3日3	1 日 <i>(</i> 7	間におに	ナス一般フ	乙妊治	客の言	>>	問	
								, , .		<u>]える</u>
が43歳に	なる誕生日の)前日まで	での診療	期間。						
年	月	日	\sim	平成	年	月		日		
, , , _					(= L.) L	- >				
面した不	妊検査・-	一般不	妊治療	その内容	(該当する	3もの	にレバ	点)		
						-				
		ト					•			
	言鏡筷鱼		□子.	呂鏡検徂		∐ţ	几精子	九华科	天	
□ハ.	ムスターテ	ニスト	□精	巣検査		□ *	青管精	囊造鼎	杉検査	
								-24	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
		物療法		口人二	<u> </u>					
手術内名	学									
)
引する院	外処方の	有無]あり	□なし					
		H	п	午	H	п		年	H	日
						·				日
			•	·		•				日
日	•					日		<u>-</u> 年		日
日	年	月	月	·		日		年	月	日
	の L by A	一ついて不不 の開 年 月 月 0 (昭和 の の の の の の の の の の の の の の の の の の の	「ついて不妊症と診断・不妊症と検査・一 医療機の開始年月日 年 月 月 日 日~平成3の年間の前日日 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	ついて不妊症と診断し、了不妊検査・一般不 不妊検査・一般不 医療機関の名の開始年月日 年 月 日 日~平成30年3月31日の 妻の年齢が43歳(昭和49年4月2日 が43歳になる誕生日の前日までの診療 年 月 日 ~ 他した不妊検査・一般不妊治療 二カール・アント □精 での発検査 □子・1 「別で管鏡検査 □子・1 「別で一旦のようでででででででででででででででででででででででででできます。」。 では、カーテスト □精 では、カーテスト □精 では、カーテスト □精 では、カーテスト □精 では、カーテスト □精 では、カーテスト □精 では、カーディー・ファスト □精 では、カーデスト □ 「大きでは、カーディー・ファスト」では、カーデスト □ 「大きでは、カーディー・ファスト」では、カード・ファスト □ 「大きでは、カード・ファスト」では、カード・ファスト □ 「大きでは、カード・ファスト □ 「大きないは、カード・ファスト □ 「大きないは、カード・フェスト □ 「大きないは、カード・ファスト □ 「「大きないは、カード・ファスト □ 「大きないは、カード・ファスト □ 「「大きない	一ついて不妊症と診断し、下記のと 不妊検査・一般不妊治療 医療機関の名称およう 主の開始年月日 年 月 日 日~平成30年3月31日の間におい 麦の年齢が43歳(昭和49年4月2日生まれ~昭 543歳になる誕生日の前日までの診療期間。 年 月 日 ~ 平成 他した不妊検査・一般不妊治療の内容 □カルモン検査 □子宮内膜組 □プーナーテスト □子宮角膜組 □パムスターテスト □精巣検査 「計導 □薬物療法 □人コ 手術内容	一ついて不妊症と診断し、下記のとおり、 不妊検査・一般不妊治療を行った 医療機関の名称および所在地主治医氏名の開始年月日 年月日日 年月日日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	ついて不妊症と診断し、下記のとおり、 不妊検査・一般不妊治療を行ったこ。 医療機関の名称および所在地 主治医氏名 の開始年月日 年月日 日~平成30年3月31日の間における一般不妊治療の年齢が43歳(昭和49年4月2日生まれ~昭和50年4月1日分が43歳になる誕生日の前日までの診療期間。 年月日~平成年月日 日~平成年月日 日~平成年月日 日~平成年月日 日~平成年月日 日~平成年月日 日~平成年月日 日~平成年月日 日~平成年月日 日~平成年月日 日~年月日日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	一ついて不妊症と診断し、下記のとおり、 不妊検査・一般不妊治療を行ったことを記 平成 医療機関の名称および所在地 主治医氏名 の開始年月日 年月日 日~平成30年3月31日の間における一般不妊治療の記 麦の年齢が43歳(昭和49年4月2日生まれ〜昭和50年4月1日生まれのが43歳になる誕生日の前日までの診療期間。 年月日~平成年月日 年月日~平成年月日 日本月日 (該当するものにレアのは、アン・アン・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	一ついて不妊症と診断し、下記のとおり、 不妊検査・一般不妊治療を行ったことを証明し 平成 年 医療機関の名称および所在地 主治医氏名 の開始年月日 年 月 日 日~平成30年3月31日の間における一般不妊治療の診療期 基の年齢が43歳(昭和49年4月2日生まれ〜昭和50年4月1日生まれの方が該) が43歳になる誕生日の前日までの診療期間。 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 色した不妊検査・一般不妊治療の内容(該当するものにレ点) □ホルモン検査 □子宮卵管造影検査 □卵管通気検査 □プーナーテスト □子宮内膜組織検査 □月経血培養核 □別管鏡検査 □子宮鏡検査 □抗精子抗体核 □ハムスターテスト □精巣検査 □精管精嚢造影が指導 □薬物療法 □人工授精 手術内容 は 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 日 日 年 月 日 年 日 日 年 月 日 年 月 日 年 日 日 年 月 日 年 日 日 日 日	ついて不妊症と診断し、下記のとおり、 不妊検査・一般不妊治療を行ったことを証明します 平成 年 月 医療機関の名称および所在地 主治医氏名 の開始年月日 年 月 日 日~平成30年3月31日の間における一般不妊治療の診療期間 麦の年齢が43歳(昭和49年4月2日生まれ~昭和50年4月1日生まれの方が該当)を到 が43歳になる誕生日の前日までの診療期間。 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ロした不妊検査・一般不妊治療の内容(該当するものにレ点) □ホルモン検査 □子宮卵管造影検査 □卵管通気検査 □フーナーテスト □子宮内膜組織検査 □月経血培養検査 □プーナーテスト □子宮内膜組織検査 □月経血培養検査 □別管鏡検査 □子宮鏡検査 □抗精子抗体検査 □ハムスターテスト □精巣検査 □精管精嚢造影検査 □ハムスターテスト □精巣検査 □精管精嚢造影検査 □ハムスターテスト □精巣検査 □精管精嚢造影検査 □ハムスターテスト □精巣検査 □精管精嚢造影検査 □カーカーカー □ 単 月 日 年 日 日 日 日

- ※ 裏面に医療機関領収証明欄がありますので、そちらもご記入ください。
- ※ 特定不妊治療、不育症にかかる検査・治療は対象外です。ご注意ください。

(フリガナ)	対	()	配	()
	象			偶		
氏 名	者			者		

【医療機関領収証明欄】

上記の者について、平成 年 月 日から平成 年 月 日までの間に、裏面の不妊検査・一般不妊治療に係る医療費の自己負担額を下記のとおり領収しました。

※ 平成29年4月1日~平成30年3月31日の期間内の領収金額を証明してください。 ただし、29年度中に妻の年齢が43歳(昭和49年4月2日生まれ~昭和50年4月1日生まれの方が該当)を迎える 夫婦については、 妻が43歳になる日の前日までの領収金額を証明してください。

領収金額合計 金 円

診 療 月	保 険 診 療分	自費分	入院・外来の別	診療日数
(例) 29 年 4 月分	3,000円	21,000円	入院 (外来)	<i>3</i> ∃
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
年 月分	円	円	入院・外来	日
合 計	円	円		

医療機関の名称 所 在 地

代表者名 電話番号 平成 年 月 日

印

【薬局証明欄】

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	日	円	年	月	日	円	年	月	日	円
年	月	日	円	年	月	日	円	年	月	日	円
年	月	日	円	年	月	日	円	年	月	日	円
年	月	日	円	年	月	日	円	年	月	日	円
年	月	日	円	年	月	日	円	年	月	日	円
年	月	日	円	年	月	日	円	年	月	日	円

第2号様式-1 (表面)の主治医証明に基づき上記のとおり薬剤を処方し、下記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 (表面に記載のないもの) は対象外です。記載しないでください。
- ※29年度中に妻の年齢が43歳を迎える夫婦については、妻が43歳になる誕生日の前日までの領収金額を記載してください。

領収金	:額合計	<u>金</u>	円

薬局の名称 所 在 地 責任者名 電話番号 平成 年 月 日

印