第２号様式－１

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 生 年 月 日	対象者	（　　） 年　月　日（　歳）	配偶者	（　　） 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 】

上記の者に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　　日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名　　印

● 不妊検査・治療の開始年月日

平成　　年　　月　　日

●平成２９年４月１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
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歳になる誕生日の前日までの診療期間。

平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日

●上記の期間に実施した不妊検査・一般不妊治療の内容（該当するものにレ点）

□超音波検査　□ホルモン検査　□子宮卵管造影検査　□卵管通気検査
□頸管粘液検査　□フーナーテスト　□子宮内膜組織検査　□月経血培養検査
□腹腔鏡検査　□卵管鏡検査　□子宮鏡検査　□抗精子抗体検査
□染色体検査
□一般精液検査　□ハムスターテスト　□精巣検査　□精管精嚢造影検査

□性交タイミング指導　□薬物療法　□人工授精
□手術療法 → 手術内容

□その他　（　　）

●一般不妊治療に関する院外処方の有無　□あり　□なし

院外処方を行った日

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	年　月　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） 氏　　名	対象者	（　　）	配偶者	（　　）

【 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)	３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
年　月分	円	円	入院・外来	日
合　計	円	円		

平成　　年　　月　　日

医療機関の名称
所 在 地
代表者名
電話番号

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　　金　　円

平成　　年　　月　　日

薬局の名称
所　在　地
責任者名
電話番号

印