

品川区不妊治療 (生殖補助医療) 受診等証明書

(フリガナ) 氏名	対象者	()	配偶者	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)

※氏名 (対象者・配偶者) は、申請される方が記入のうえ、医療機関へお渡してください。

【主治医証明欄】

上記の者について不妊症と診断し、下記のとおり生殖補助医療を行ったことを証明します。
※不妊検査、一般不妊治療、先進医療にかかる治療等は対象外です。ご注意ください。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名 ㊞

● 生殖補助医療の治療期間

年 月 日 ~ 年 月 日

※治療終了日区分 { 妊娠判定 (有・無)
 治療中止

● 上記の期間に実施した不妊治療 (生殖補助医療) の内容

※実施したもののすべてに✓をつけてください。

採卵 体外受精 顕微授精 胚移植

その他

()

● 生殖補助医療に関する院外処方の有無 あり → 合計 日 (※処方日を下記に記載)
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

【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】

採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から、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。

第2号様式-1の2 (第6条関係)

(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、第2号様式-1の主治医証明の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。

※令和6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。当該期間内にかかった費用について記載してください。

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	診療日数
(例) 2024年4月分	3,000 円	入院・外来	3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
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



医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当者名

【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

第2号様式-1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（第2号様式-1に記載のないもの）は対象外です。記載しないでください。

領収金額合計 金 _____ 円 ←※訂正不可

年 月 日
薬局の 名称
所在地
責任者名
電話番号



医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当者名