

品川区一般不妊治療・検査受診等証明書

(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、
一般不妊治療に係る不妊検査・一般不妊治療を行ったことを証明します。
※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。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名



- 不妊検査・治療の開始年月日

年 月 日

- 検査・治療の状況(該当するものにレ点) ※下記の診療期間外、他医療機関での実施も含む

夫・妻共に実施 夫のみ実施 妻のみ実施

- 一般不妊治療の診療期間 ※助成対象期間は当該診療の開始日から1年間です。

年 月 日 ~ 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 → 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

※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。

(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の主治医証明の検査・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。

※助成対象期間は開始日から1年間です。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	自費分	入院・外来の別	診療日数
(例) 30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
年 月 分	円	円	入院・外来	日
合計	円	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
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