

藍住町一般不妊治療費助成事業医療機関証明書

令和 年 月 日

藍住町長 殿

医療機関
所在地
名称
電話番号

主治医氏名

（自署又は自署でない場合は記名押印）

下記の者について診察の結果、不妊治療が必要と判断し、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 （治療開始日から1年以内の治療日分）まで			
治療内容 ※該当の治療に☑をしてください。	☐ タイミング療法 ☐ 排卵誘発法（内服・注射） ☐ 腹腔鏡手術 ☐ その他の手術（ ） ☐ 人工授精 ☐ 検査（治療の一環によるものに限る） ☐ その他（ ）			
治療終了日の状況	☐ 妊娠有無（ ☐ 有 ☐ 無 ） ☐ 妊娠確認前に当該治療計画を中止			
他医療機関の治療	☐ 有 ☐ 無	医療機関名		
※上記①の期間の保険適用の一般不妊治療本人負担額等について、裏面のお願いを満たした上で記載をしてください。				
本人負担等の内訳	保険診療分			高額療養費適用状況
	診療年月	受診日（※院外処方箋交付日に○をつけて下さい。）	領収金額（本人負担額）	適用区分（ ）
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	年 月 分	日、 日、 日、 日、 日、 日、 日、 日	円	適用外・適用済
	領収金額（本人負担額）の合計			円 他医療機関治療分 ☐ 含む ☐ 含まない

※この様式は、全て主治医が記載して下さい。

【主治医様、医療機関様へ証明書作成にあたってのお願い】

- 1 この証明書は、藍住町不妊治療費助成事業（以下「助成事業」という。）の対象となる一般不妊治療費の助成に係る受診証明書です。助成事業の対象範囲は次のとおりになりますので、対象分の証明書の作成をお願いします。
 - （１）令和７年４月１日以降に開始した主治医の治療計画に基づく一般不妊治療であること。
 - （２）保険適用となる一般不妊治療であること。
 - （３）治療開始日から１年以内の治療であること。１年以内の治療であれば複数回分の治療も対象。
- 2 次の治療や費用等は助成対象外となりますので、除外して証明書を作成してください。
 - （１）一般不妊治療の目的以外で実施した保険診療分の検査や処方等の費用。
 - （２）保険適用外の部屋代・食費・文書料等。
- 3 治療期間については、一般不妊治療の治療計画を作成した日を開始日として１年以内分の治療終了日（治療後の妊娠の有無の確認又は主治医の判断により当該治療を中断した日）までを記載してください。
- 4 受診日欄にその月に受診した日付けを記入し、院外処方箋を交付した日は○で囲ってください。
- 5 複数の医療機関を受診している場合、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。
ただし、主治医の治療方針に基づき主治医の属する医療機関以外で一般不妊治療を実施した場合、主治医がその治療分も含んで受診証明をすることも可能です。主治医がその分を含んで治療証明書を作成してくださった場合は、領収書合計金額記載欄の右欄にその旨のチェック（☑）と受診者へ他の医療機関治療分も含んで受診証明書を作成していることの説明をお願いします。