

様式 不妊治療と不育治療の両方を合算して申請される方の場合（記入例）

伊勢市不妊不育治療医療費助成金に係る医療機関等証明書

年 月 日

（宛先）年度内申請ですので、治療期間の4月～翌年3月までの日付での記入をお願いします。  
ただし、治療期間以降の日付にしてください。

医療機関等 名称

代表者氏名

電話番号

※訂正のある場合

代表者の印を押し、  
訂正印を押印してください。

下記のとおり不妊不育治療を実施し、これに係る医療費（自己負担分）を領収したことを証明します。

記

| 医 療 機 関 等 証 明 欄                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |   |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---|------------|
| （ ふ り が な ）<br>受 診 者 氏 名<br>生 年 月 日                                                                                                   | 夫                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              | 妻 |            |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 年 月 日生（ 歳）                                                   |   | 年 月 日生（ 歳） |
| 病 名<br>（ 不 妊 症 又 は<br>不 育 症 の 原 因<br>疾 患 名 ）                                                                                          | <input type="checkbox"/> 不妊症の原因（<br><input type="checkbox"/> オ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 年度内申請ですので、4月から翌年3月までの期間です。<br>不妊・不育の治療期間がそれぞれわかるように記載してください。 |   |            |
| 年 度 に お け る<br>不 妊 不 育 治 療 に<br>要 し た 期 間                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 不妊症（ R 7 年 4 月 1 日 から R 7 年 8 月 3 1 日まで）<br><input checked="" type="checkbox"/> 不育症（ R 7 年 9 月 1 5 日 から R 7 年 1 2 月 3 1 日まで）                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |   |            |
| 不 妊 不 育 治 療 の<br>内 容                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療<br><input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 検査・診察 <input type="checkbox"/> 投薬<br><input type="checkbox"/> その他（<br><input type="checkbox"/> 特定不妊治療（体外受精・顕微授精）<br><input type="checkbox"/> 男性不妊治療<br><input type="checkbox"/> 不育治療（<br>該当する箇所にレ点をつけてください。<br>内訳にそれぞれに要した医療費がわかるよう記載してください。 |                                                              |   |            |
| 不 妊 不 育 治 療 に<br>要 し た 医 療 費 の                                                                                                        | 合 計 4 5 0 , 0 0 0 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |   |            |
| 不妊不育治療に要した費用のみです。<br>検査、投薬、証明書料は含まれます。<br><u>食事代、室料は助成の対象となりません。</u><br>ご夫婦で治療している場合は、ご夫婦分の合算した金額を記入してください。<br>合計＝内訳1＋2になるよう記入してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |   |            |
| 不育治療費（食事代、入院費及び文書料は、含まない。）<br>2 5 0 , 0 0 0 円<br>不妊不育治療の治療費（食事代及び入院費は、含まない。）<br>2 0 0 , 0 0 0 円                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |   |            |
| 特 記 事 項                                                                                                                               | ◆対象外の治療が含まれている場合は、日付・金額を記入してください。<br>例）4/1 500 円分除く<br>◆薬局分も証明に含む場合は、「〇〇薬局分含む」と記入してください。<br>◆証明書料を含む場合は、「証明書料（もしくは文書料）を含む」と記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |   |            |