

第2号様式（第5条関係）

不妊治療・不育治療証明書

すべて医療機関で記入。

注：修正液は使用しないでください。

年 月 日

当該年度の日付を記入

所在地

名称

医療機関

主治医氏名

（氏名を自書しない場合は、記名押印すること。）

次の者について、不妊治療・不育治療が必要であることを証明します。

ふりがな 受診者氏名		生年月日	
夫		年 月 日	
妻		不妊治療の初診日。この日以降の 当年度の治療費が対象	
治療開始年月日		年 月 日	
生殖補助医療 (女性の年齢が期間内に43歳に 達する場合のみ記入。)	開始年月日	年 月 日	
	終了年月日	年 月 日	
治療内容等		生殖補助医療の周期の途中で女性が43歳に達する場合 のみ、その周期の開始と終了日を記入してください。	
例) タイミング法を実施中 例) 体外受精・胚移植を実施している など ※他の医療機関へ紹介した場合は、紹介日と医療機関名を記載してください。 例) ○年○月○日 体外受精が可能な□□病院へ紹介した。 原因である～の手術のため、○年○月○日 □□病院へ紹介した。 など			
受診日ごとの内容は求めませんが、妊娠判定が陽性となった場合はその年月日の記入を お願いします。			
不育治療開始年月日		年 月 日	
治療内容等		不育治療の初診日を記載してください。この日以降の当 年度の治療費が対象となります。	
*該当する不育症検査治療がある場合のみ以下もご記入下さい。(裏面参照)			
本人負担 額の内訳	検査治療内容	実費(保険適用外)負担額	
	裏面を参照し。該当する不育症検査・治療がある場合のみご記入ください。 (保険適用外のみ)		
領収金額		円(上記本人負担額①～②の合計額)	

- 1 当該患者に関して行った不育症治療に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 検査治療内容は下記より記号で記入してください。(複数選択可)

検査	検査内容		検査項目
	検査	一次スクリーニング	①抗リン脂質抗体
抗カルジオリピン (CL) IgG抗体			
抗カルジオリピン (CL) IgM抗体			
ループスアンチコアグラント			
②夫婦染色体検査			
選択的検査		③抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
			抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		④血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XII因子活性
			プロテインS活性もしくはプロテインS抗原
プロテインC活性もしくはプロテインC抗原			
	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)		
	⑤絨毛染色体検査		
治療	⑥低用量アスピリン療法		
	⑦ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む)		

- 4 上記の検査治療内容に含まれない不育症治療に係る費用及び保険診療適用自己負担分は含めないでください。