

前橋市不育症治療費助成事業受診等証明書

(宛先)前橋市長

下記のとおり、不育症の検査・治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
助成対象の確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産又は死産の既往がある者		<input type="checkbox"/> 医師が不育症と診断した者	
不育症診断の確認	診断医療機関:		<input type="checkbox"/> 本証明書の記入主治医と同じ	
	診断年月日:		年 月 日	
検査・治療期間※2	令和 8 年 月 日 ~ 令和 8 年 月 日			

該当する項目にチェックし、詳細をカッコ内に記入してください。

検査内容	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 () <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 () <input type="checkbox"/> 内分泌検査 () <input type="checkbox"/> 流死産胎児絨毛染色体検査 () <input type="checkbox"/> 血栓性素因関連検査 () <input type="checkbox"/> 自己抗体検査 () <input type="checkbox"/> 免疫学的検査 () <input type="checkbox"/> その他※3 ()
治療内容	<input type="checkbox"/> 医師の処方による低用量アスピリンの内服 <input type="checkbox"/> ヘパリンカルシウム自己注射(教育入院を含む) <input type="checkbox"/> その他※4 ()
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

自己負担額

円

(*裏面に内訳を記入してください)

【内訳】

		医療機関分			薬局分	
診療月	保険診療分		保険診療以外の 不育症治療等に係る 自己負担額	被保険者 負担額	保険適用外 負担額	
	診療点数	自己負担額				
1月分	点	円	円	円	円	
2月分	点	円	円	円	円	
3月分	点	円	円	円	円	
4月分	点	円	円	円	円	
5月分	点	円	円	円	円	
6月分	点	円	円	円	円	
7月分	点	円	円	円	円	
8月分	点	円	円	円	円	
9月分	点	円	円	円	円	
10月分	点	円	円	円	円	
11月分	点	円	円	円	円	
12月分	点	円	円	円	円	
計		円	円	円	円	

自己負担額の内訳

※1 領収書に対象以外の治療費が含まれるときは、**提出いただく明細書の対象項目にマーカー等で印をつけてください。**

※2 令和8年度助成制度の対象期間は、**令和8年1月1日から令和8年12月31日**までです。

※3 対象の検査は、「不育症管理に関する提言2025」の推奨検査、選択的検査、研究的検査、その他医師が必要と認めたもの。ただし、「不育症管理に関する提言」で推奨されていない検査は対象外です。

※4 対象の治療は、「不育症管理に関する提言2025」に明記されているもの、その他(医師が治療の効果や副作用などを確認するために必要と認めたもの)。ただし、「不育症管理に関する提言」で推奨されていない治療は対象外です。

R8.4月現在 提言は随時更新

※5 初診料、再診料も対象です。

※6 教育入院時における差額ベッド代、食事代、処方箋によらない医薬品等の費用、文書料等は対象外です。

※7 保険医療機関において実施したものが対象です。

※8 証明内容について、本人同意のもと前橋市子ども支援課職員が問い合わせをする場合があります。

※9 不妊治療と同時に実施した場合、妊娠以前の検査・治療については不妊治療費助成事業で申請することも可能です。