

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	☐ 子宮形態検査（ ） ☐ 抗リン脂質抗体（ ） ☐ 夫婦染色体検査（ ） ☐ 内分泌検査（ ） ☐ 流死産胎児絨毛染色体検査（ ） ☐ 血栓性素因関連検査（ ） ☐ 自己抗体検査（ ） ☐ 免疫学的検査（ ） ☐ その他※7（ ）
治療内容	☐ 医師の処方による低用量アスピリンの内服 ☐ ヘパリンカルシウム自己注射(教育入院を含む) ☐ その他※8（ ）
院外処方の有無	☐ あり ☐ なし

様式第2号(裏面)

		医療機関分			薬局分	
	区分	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			
自己負担額の 内訳	R7年1月分	点	円	円	円	円
	R7年2月分	点	円	円	円	円
	R7年3月分	点	円	円	円	円
	R7年4月分	点	円	円	円	円
	R7年5月分	点	円	円	円	円
	R7年6月分	点	円	円	円	円
	R7年7月分	点	円	円	円	円
	R7年8月分	点	円	円	円	円
	R7年9月分	点	円	円	円	円
	R7年10月分	点	円	円	円	円
	R7年11月分	点	円	円	円	円
	R7年12月分	点	円	円	円	円
	計			円	円	円
自己負担額 _____ 円						

※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、文書料等は対象外になります。

※3令和7年度助成制度の対象期間は、令和7年1月1日から令和7年12月31日までです。

※4証明内容について、本人同意のもと前橋市こども支援課職員が問い合わせをする場合があります。

※5保険医療機関において実施したものが対象になります。

※6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。

※7医師が必要と認めた検査。

※8医師が必要と認めた治療。(治療の効果や副作用等を確認するための検査を含む。)