

見本

保険適用不妊治療のみ

申請する場合

様式第2号（第5条関係）

山鹿市不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者について、不妊症と診断し、以下のとおり不妊治療を実施しましたので、これを証明します。

令和8年4月13日

医療機関名 山鹿病院  
医療機関所在地 山鹿市山鹿1234番地  
主治医氏名 山鹿 次郎

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

フリガナ 受診者氏名	夫	ヤマガ タロウ 山鹿 太郎	妻	ヤマガ ハナコ 山鹿 花子
生年月日 (今回申請の治療開始日年齢)		昭和61年5月1日生 (39歳)		昭和61年12月10日生 (38歳)
治療期間(※1) ※先進医療を含む場合のみ	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療実施日	治療の種類	治療の内容		
令和7年12月5日	保険適用不妊治療 先進医療	超音波検査、採血		
令和7年12月15日	保険適用不妊治療 先進医療	子宮卵管造影検査、超音波検査		
令和7年12月22日	保険適用不妊治療 先進医療	術前検査、超音波検査		
令和8年1月8日	保険適用不妊治療 先進医療	投薬		
令和8年1月24日	保険適用不妊治療 先進医療	採卵術		
令和8年1月30日	保険適用不妊治療 先進医療	ホルモン検査		
令和8年2月4日	保険適用不妊治療 先進医療	肺移植術		
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			

## 【留意事項】

(※1) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

- 助成対象となるのは、今回の治療開始日時点で妻の年齢が43歳未満の夫婦です。
- 申請期限は、今回申請の不妊治療を受けた日が属する月の初日から1年以内です。
- 記入例を参考にご記載ください。