

不妊検査費助成事業に係る受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

印

(※主治医が自署又は記名押印)

下記のとおり、不妊検査費助成事業の対象となる検査を実施したことを証明します。  
 <医療機関記入欄>

		夫		妻	
(ふりがな) 受診者氏名		( )		( )	
受診者生年月日		昭和・平成	年	月	日
助成対象となる 検査期間(※1)		令和	年	月	日から
		令和	年	月	日まで
助成対象となる検査に係る 患者負担(領収)額(※2)		円(うち本証明書への記載料: 円)			
検査内容		(検査開始日から1年以内の患者負担額となります) <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> その他 [ ]			

医療機関ご担当者様

- この証明書は、『不妊検査費助成事業』において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。
- 証明書を発行していただく際は、裏面注意事項にご留意のうえ、ご記入くださるようお願いいたします。  
 なお、記載内容等にご不明な点等がありましたら、お問い合わせ先までご連絡ください。

【注意事項】

① この助成は、医師が必要と認めた不妊検査が対象です。検査項目に指定はありません。

② 夫と妻が同じ医療機関で検査した場合は、まとめて記入してください。

(※1) 貴医療機関において、助成対象となる不妊検査を行った期間(1年以内)を記入してください。夫婦両方の検査費用について記載する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から、夫又は妻の検査終了日のいずれか遅い日までが証明すべき検査期間となります。ただし、検査期間が1年を超える場合は、原則1年間が限度となります。

(※2) 検査期間内に行った検査に要した費用のうち、自己負担(領収)額を記入してください。本証明書への記載料を徴収する場合はその金額も含むことができます。