

砥部町妊娠前検査（不妊検査）費用助成事業受診等証明書

次の者については、不妊症を診断するための検査を実施し、これにかかる医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

砥部町長 様

医療機関の名称

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）

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	( )	( )
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳) ※1	年 月 日 ( 歳) ※1
検査期間 ※2	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
実施した医療技術 ※3 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <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"/> その他  ( )	<input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <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"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他  ( )
患者負担額	[不妊検査にかかった金額合計] 領収金額 _____ 円 ※裏面◎の金額と一致すること	

(裏)

患者負担額（領収金額）内訳

検査年月日	夫			妻		
	患者負担額（領収金額）※4			患者負担額（領収金額）※4		
	保険診療分	保険診療以外	計	保険診療分	保険診療以外	計
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
計	円…(A)			円…(B)		

患者負担額（領収金額） 合計（(A)+(B)）	円
----------------------------	---

…(C) ←表面の「患者負担額」欄に  
記入してください。

【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。これまでに不妊治療（人工授精、体外受精、顕微授精）を受けたことがある場合は対象外となります。

2) 夫と妻が同じ医療機関で検査を受けた場合は、まとめて記入してください。夫と妻が別々の医療機関で検査を受けた場合には、それぞれの医療機関で記入してください。

※1 検査開始時点の年齢を記入してください。

※2 貴医療機関において、助成対象となる上記1)の不妊検査を行った期間（1年以内）を記入してください。複数日にわたり検査を行った場合には、最初の検査日と最後の検査日を記入してください。

※3 検査項目に指定はありません。表中記載の項目以外の検査については「その他」欄に記入してください。

※4 検査期間に行った検査に要した費用のうち、患者負担額（領収金額）（注：保険診療分の場合は、医療保険各法による療養の給付を除いた額）を記入してください。