

四国中央市不妊検査費等助成事業受診等証明書

年 月 日

四国中央市長 様

医療機関 所在地
名称
主治医氏名
(署名又は記名押印)

医療機関記入欄

次の者については、
☐不妊症を診断するための検査(①記入)
☐不妊症の治療 (②記入) } を実施したことを証明します。

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日※1	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)

①実施した「不妊症を診断するための検査」について記入してください。

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
実施した検査内容 (該当項目に☑) ※3	☐ 初診料 ☐ 再診料 ☐ 診療情報提供書 ☐ 精液検査 ☐ 内分泌検査 ☐ 感染症検査 ☐ その他 ()	☐ 初診料 ☐ 再診料 ☐ 診療情報提供書 ☐ 基礎体温 ☐ 超音波検査 ☐ 内分泌検査 ☐ 感染症検査 ☐ 子宮卵管造影検査 ☐ 頸管粘液検査 ☐ フーナーテスト ☐ 抗精子抗体検査 ☐ その他 ()

②実施した「不妊症の治療」について記入してください。

治療期間※2	年 月 日 から 年 月 日まで		
治療内容	☐ タイミング法 ☐ 薬物療法 ☐ 人工授精 ☐ その他（		

裏面の記入もお願いします。

※記載要領及び注意事項も裏面に掲載しています。

患者負担額（領収金額）内訳

検査等年月日	患者負担額（領収金額） ※4					
	夫			妻		
	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
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
計	円…(A)			円…(B)		
合計 (A) + (B)	円					

上記のとおり領収したことを証明します。

【注意事項】

- この補助金は、医師が必要と認めた不妊検査及び、保険診療で実施した一般不妊治療が対象です。これまでに不妊治療を受けたことがある場合は対象外となります。
 - 夫と妻が同じ医療機関で検査等を受けた場合は、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等を受けた場合には、それぞれの医療機関で記入してください。
- ※1 検査または治療開始日時点の年齢を記入してください。
- ※2 貴医療機関において、不妊検査または一般不妊治療を行った期間を記入してください。
【検査期間】複数日にわたり検査を行った場合は、最初検査日と最後の検査日を記入してください。
【治療期間】治療の最終日は①妊娠が判明した時、②生殖補助医療に移行するとき、③治療期間の初日から1年に到達した日（4月1日が初日の場合は翌年の3月31日）のうち該当する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・治療期間に行った検査・治療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把握していれば当該給付額を除いた額）を記入してください。夫の検査を妻の検査・治療費用に含む場合は、その旨を余白等に記載してください。