

不妊検査・一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

(不妊検査・一般不妊治療実施医療機関)

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

下記のとおり、不妊検査・一般不妊治療費助成事業の対象となる不妊検査および一般不妊治療を行っ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 (歳) | 昭和・平成 年 月 日 (歳) | |
| 検査・治療 開始日(※1) | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 助成対象となる 診療期間 (※2) | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 受診者負担額 (※3) | 円 | | |
| 検査内容 | <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <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"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮検査 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 治療内容 (予定) | <input type="checkbox"/> 待機療法 (タイミング指導) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 手術療法 (内容) <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 院外処方の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 院外処方を行った日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

<注意> 夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、一枚に記入してください。夫と妻が別々の医療機関で受診した場合は、それぞれの医療機関で記入してください。特定不妊および不育症に係る検査及び治療は、本事業の対象外です。

- (※1) 夫婦いずれか早い方の検査開始日から3か月以内にもう一方が検査を開始した場合が助成対象となります。
- (※2) 令和6年4月1日以降に受けた検査や治療は、申請期間は治療等を開始した日の翌日から2年以内です。
- (※3) 助成対象となる診療期間(※2)の受診者負担額を記載ください。(保険診療か否かは問いません)ただし、文書料、入院食事療養費、差額ベッド代は助成対象外です。