

三芳町早期不妊検査費助成事業に係る実施証明書

(宛先)

三芳町長

次のとおり、標記助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

年 月 日

(不妊検査実施医療機関) 所在地

医療機関名

代表者

印

電話番号

主治医氏名

印

(主治医が自署又は記名押印)

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
夫の名前		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
妻の名前		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
助成対象となる不妊検査期間※1	年 月 日から 年 月 日まで (1年以内であること)					
A 助成対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額※2 (主治医の属する医療機関分)						円
B 助成対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額※2(指定医療機関と連携する医療機関分)	医療機関名 { }					円
A + B						円
助成対象の不妊検査費に係る領収年月日(期間)	年 月 日 ~ 年 月 日					
検査の内容 (該当するものに☑)	男性の検査			女性の検査		
	<input type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等)	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 経腔超音波検査	<input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等)
	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査	<input type="checkbox"/> その他()			
現在の状況 (予定を含む) (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 不妊検査のみ			<input type="checkbox"/> 人工授精		
	<input type="checkbox"/> タイミング指導			<input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精		
	<input type="checkbox"/> その他()					

注意：この証明書は、特定不妊治療費助成事業における指定医療機関が記載してください。

(主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性の不妊検査を実施した場合は、主治医が患者から男性不妊検査として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。)

※1：不妊検査期間は、夫婦合わせた期間を記載すること。その期間は1年以内であること。

※2：助成対象となる患者負担(領収)額は特定不妊治療費助成の受診等証明書で計上した検査費用を除くこと。
(裏面記入例)