様式第２号

上里町早期不妊検査費助成事業に係る実施証明書

（あて先）

　　上里町長

　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　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳）平成 |
| 夫の名前 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳）平成 |
| 妻の名前 |  |
| 助成対象となる不妊検査期間※１ | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（６か月以内であること） |
| 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（主治医が属する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 |
| 　□　精液検査　□　血液検査（ホルモン検査等）　□　超音波検査　□　その他（　　　　　　　　　） | 　□　経腟超音波検査　□　血液検査（ホルモン検査等）　□　頚管粘液検査　□　子宮卵管造影検査　□　抗精子抗体検査　□　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 現在の状況(予定を含む)(該当するものに☑） | 　□　不妊検査のみ　□　タイミング指導 | 　□　人工授精　□　体外受精・顕微授精 |
| 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注意：この証明書は、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。）

指定医療機関以外の医療機関での不妊検査は医療保険対象外のみ記載してください。

※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６か月以内であること。

　　　例１：妻の不妊検査期間=H29.4.1～H29.6.30、夫の不妊検査期間=H29.5.15～H29.7.15の場合

　　　　　　助成対象の不妊検査期間= H29.4.1～H29.7.15

　　　例２：妻の不妊検査期間H29.4.15～H29.6.30、夫の不妊検査期間=H29.9.1～H29.10.31

　　　　　　助成対象の不妊検査期間=H29.4.15～H29.10.14（６か月以内）（助成対象外10/15～10/31）

※２：助成対象となる患者負担（領収）額は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）

様式第２号

上里町早期不妊検査費助成事業に係る実施証明書

（あて先）

　　上里町長

　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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２９年　９月１０日

診療報酬明細書などで、不妊検査に係る費用ができない場合は、領収書に「ただし、不妊検査費として」「うち不妊検査費に係る金額○○○円」などと追記してください。

御協力をお願いいたします。

　　　　　　　　　　　（不妊検査実施医療機関）所在地　○○市○－○－○

医療機関名　医療法人○○ ○○クリニック

代表者　 理事長　○○　○○　　　印

印

電話番号　000-000-0000

主治医氏名 　○○　○○　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　（主治医が自署又は記名押印）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | さいたま　たろう | 生年月日 | 昭和　　６０　年　　１１月　１４日（　３１　歳）平成 |
| 夫の名前 | 埼玉　太郎 |
| ふりがな | さいたま　はなこ | 生年月日 | 昭和　　６１　年　　６月　　２０日（　３１　歳）平成 |
| 妻の名前 | 埼玉　花子 |
| 助成対象となる不妊検査期間※１ | 平成２９年３月１０日から平成２９年９月９日まで（６か月以内であること） |
| 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）主治医の属する医療機関分の不妊検査費用をこちらに計上してください。 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| Ｂ | 助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額※２（主治医が属する医療機関と連携する医療機関分） | 医療機関名主治医の属する医療機関で妻が検査をし、その医療機関と連携する泌尿器科で夫が検査をする場合、泌尿器科検査費分についてこの欄に記載していください。（男性不妊検査費領収書を受け取り、主治医の属する医療機関が記載してください。） |
| 円 |
| Ａ＋Ｂ | ○○，○○○　円 |
| 助成対象の不妊検査費に係る領収年月日（期間） | 平成２９年３月１０日～平成２９年　９月１０日 |
| 検査の内容(該当するものに☑)この助成事業は夫婦そろって検査を受けることを要件としていますので、「男性の検査」「女性の検査」の各欄において、１項目以上チェックが入っていることが必須となります。 | 男性の検査 | 女性の検査 |
| 　☑　精液検査　□　血液検査（ホルモン検査等）　□　超音波検査　□　その他（　　　　　　　　　） | 　☑　経腟超音波検査　☑　血液検査（ホルモン検査等）　□　頚管粘液検査　☑　子宮卵管造影検査　□　抗精子抗体検査　☑　その他（クラミジア抗体検査　） |
| 現在の状況(予定を含む)(該当するものに☑） | 　☑　不妊検査のみ　□　タイミング指導 | 　□　人工授精　□　体外受精・顕微授精 |
| 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注意：この証明書は、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。）

指定医療機関以外の医療機関での不妊検査は医療保険対象外のみ記載してください。

※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６か月以内であること。

　　　例１：妻の不妊検査期間=H29.4.1～H29.6.30、夫の不妊検査期間=H29.5.15～H29.7.15の場合

　　　　　　助成対象の不妊検査期間= H29.4.1～H29.7.15

　　　例２：妻の不妊検査期間H29.4.15～H29.6.30、夫の不妊検査期間=H29.9.1～H29.10.31

　　　　　　助成対象の不妊検査期間=H29.4.15～H29.10.14（６か月以内）（助成対象外10/15～10/31）

※２：助成対象となる患者負担（領収）額は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。