

年 月 日

上里町長

## 所在地

医療機関

印

主治医氏名

印

(主治医が自署又は記名押印)

## 上里町早期不妊検査費実施証明書

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。

ふりがな 夫の名前		生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳) 平成
ふりがな 妻の名前		生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳) 平成
助成対象となる不妊検査期間※1		検査期間	年 月 日から 年 月 日
助成対象の期間		夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ~ 1年間	
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	
検査種類	男性の検査 (下記該当項目に□)	女性の検査 (下記該当項目に□)	
不妊検査 ※3	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 (黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストラジオール、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等) <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 卵管疋通性検査 (卵管通気法、子宮管造影、超音波下卵管通水法等) <input type="checkbox"/> 頸管因子検査 (頸管粘液検査、フナ-検査等) <input type="checkbox"/> 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。)

指定医療機関または助成対象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。夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日から検査終了日を記載すること。

例　妻の検査期間 H30.3.1～H30.9.30、夫の検査期間 H30.12.1～H31.3.31

検査期間は H30.3.1～H31.3.31

助成対象期間は H30.3.1～1年間 (H31.2.28まで。H31.3.1～H31.3.31は検査を行っていたとしても助成対象外)

※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実施証明書で計上した検査費用を除くこと。

※3：他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。