

不妊検査費助成事業に係る証明書

次の者について、不妊検査費助成事業の対象となる不妊検査を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

特定医療機関の住所

名称

主治医氏名

印

（署名又は記名押印）

<医療機関記入欄>

	夫	妻
（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	（ ）
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
助成対象となる 不妊検査の期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
不妊検査に要した 費用の合計額	領収金額 円 （うち助成対象外経費 円）	領収金額 円 （うち助成対象外経費 円）
上記の不妊検査の 合計金額	領収金額 円 （うち助成対象外経費 円）	
検査内容 ※医療保険適用外	☐ 精液検査 ☐ 血液検査（ホルモン検査等） ☐ 泌尿器科的検査 ☐ 細菌培養同定検査 ☐ その他 （ ）	☐ 抗ミューラー管ホルモン検査 ☐ 抗精子抗体検査 ☐ 血液検査（ホルモン検査等） ☐ 葉酸検査 ☐ クラミジア IgG ☐ 子宮卵管造影 ☐ その他 （ ）

注）夫と妻が同じ医療機関で検査した場合は、まとめて記入するようにしてください。夫と妻が別々の医療機関で検査した場合は、それぞれの医療機関で記入してください。

※1 年齢は、それぞれの治療期間の初日における年齢を記入してください。

※2 貴医療機関において、助成対象となる不妊検査を行った期間（1年以内）を記入してください。

なお、不妊治療の効果を確認するための検査など、不妊治療の一環として行われる検査は助成対象とならないため、その検査を行った日は含めないでください。

※3 領収金額欄には、貴医療機関において実施した不妊検査に係る費用のうち、医療保険適用外の検査経費について、患者本人負担額を記入してください。