様式第２号（第７条関係）

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　　㊞
（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。