

不妊検査費助成事業に係る受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

印

(※主治医が自署又は記名押印)

下記のとおり、不妊検査費助成事業の対象となる検査を実施したことを証明します。

<医療機関記入欄>

(ふりがな) 受診者氏名	() 夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から 1年以内の期間で記載ください。	()
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
助成対象となる 検査期間 (※1)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
助成対象となる検査に係る 患者負担(領収)額(※2)	(検査開始日から1年以内の患者負担額となります) 円 (うち本証明書への記載料: 円)	
検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> その他 ()

医療機関

「医師が必要と認めた検査」であれば、
不妊治療中の検査も含め、保険適用の可否を
問わず助成対象となります。

子宮内フローラ検査は先進医療のため、
本助成事業でも、不妊治療費助成事業でも
申請可能です。

を申請する際に必要な書類です。
記入くださるようお願いいたします。
までご連絡ください。