

様式第2号

不妊検査期間は実際に検査を始めた日から検査を終えた日までの期間をご記入下さい。(1年を超える場合でもその期間をご記入下さい)

平成30年 ○月 ○○日

所在地 ○○市××-△△

助成対象期間は検査の開始日から1年間となります。仮に1年を超える検査であった場合、助成対象となる不妊検査に係る患者負担額は開始から1年分の金額となります。
注)市町村により異なることがあります。

医療機関 ○○病院
主治医氏名 ○○ ××



埼玉県○○市(町村)早期不妊検査実施証明書

仮に1年を超える検査であった場合、助成対象となる不妊検査に係る患者負担額は開始から1年分の金額となります。
他に治療などを行った場合や一年を超える検査の場合、実施証明書の額は検査に係る期間の金額のみを記入ください。
明細書、領収書内で切り分けることができない際は「うち1年間の不育症検査費に係る金額○○○円」などと追記してください。
注)市町村により異なることがあります。

| | | | |
|---|---|---|--|
| ふりがな | さいたま たろう | 生年月日 | 昭和 59年 1月 1日 (34歳) 平成 |
| 夫の名前 | 埼玉 太郎 | 生年月日 | 昭和 検査開始日の妻年齢が43歳未満であることが要件となります。 平成 |
| ふりがな | さいたま はなこ | 生年月日 | |
| 妻の名前 | 埼玉 花子 | 生年月日 | |
| 不妊検査期間※1 | 検査期間 | 年 月 日 ~ 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額※2 (領収)額※2 (指定医療機関又は助成対象医療機関分) | 指定医療機関及び助成対象医療機関が実施する不妊検査費用はこちらに計上してください。(文書料も算入可) | 円 |
| B | 助成対象となる不妊検査に係る患者負担額※2 (領収)額※2 (指定医療機関と連携する医療機関分) | 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ただきます。(男性不妊検査費領収書を受け取り、指定医療機関の主治医が記載してください。)(文書料も算入可) | 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 checked="" type="checkbox"/> 精液検査 | <input type="checkbox"/> 基礎体温測定 | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | <input checked="" type="checkbox"/> 超音波検査 | |
| 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。 | | <input type="checkbox"/> 内分泌検査 (黄体ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストロール、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) | |
| 記載の検査以外に必要と認められる検査はその他にチェックの上、検査名をご記入下さい。 | | <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 (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、フナー検査等) | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> その他 (○○○検査) | |

注意：この証明書は、特定不妊治療費助成事業における指定医療機関又は助成対象医療機関が記載してください。
 指定医療機関：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。
 助成対象医療機関：夫と妻がそれぞれ別の助成対象医療機関で検査を受けた場合は、それぞれの実施証明書が必要となります。
 ※1：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちら一方の検査期間を記載してください。
 夫婦双方の検査を証明する場合は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してください。
 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：指定医療機関に限り、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。