

様式第3号（第4条関係）

鬼北町不妊治療（妊娠前検査及び一般）費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

医療機関記入欄

該当する項目に☑をしてください。

次の者については、

☐不妊症を診断するための検査（①記入）☐不妊症の治療（②記入）

を実施したことを証明します。

	夫	妻
（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	（ ）
受診者生年月日	年 月 日（ ）歳 ※1	年 月 日（ ）歳 ※1

① 実施した「不妊症を診断するための検査」について記入してください。

検査期間 ※2	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
実施内容※3 （該当項目に☑）	☐ 初診料 ☐ 再診料 ☐ 診療情報提供書 ☐ 精液検査 ☐ 内分泌検査 ☐ 感染症検査 ☐ その他 （ ）	☐ 初診料 ☐ 再診料 ☐ 診療情報提供書 ☐ 超音波検査 ☐ 内分泌検査 ☐ 感染症検査 ☐ 頸管粘液検査 ☐ 子宮卵管造影検査 ☐ フーナーテスト ☐ 抗精子抗体検査 ☐ その他 （ ）

② 実施した「一般不妊治療」について記入してください。

検査期間 ※2	年 月 日 から 年 月 日まで
治療内容 （該当項目に☑）	☐ タイミング療法 ☐ 薬物療法 ☐ 人工授精 ☐ その他（ ）
院外処方の有無	☐ あり ☐ なし
院外処方を行なった日	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

裏面の記入もお願いします。注意事項を裏面に掲載しています。

【注意事項】

- 1) この助成金は、医師が必要と認めた不妊検査及び、一般不妊治療が対象です。
不妊検査は、不妊症の診断のために行った検査のみ記入してください。検査開始日以前に不妊治療を受けたことがある場合は助成の対象外です。
 一般不妊治療には、保険診療分のほか、医師が必要と認めた自費診療分も含みます。
- ※1) 検査開始時点の年齢を記入してください
- ※2) 貴医療機関において、不妊検査又は一般不妊治療を行った期間を記入してください。
 【検査期間】複数日にわたり検査を行った場合は、最初の検査日と最後の検査日を記入してください。
 【治療期間】治療の終了日は、①妊娠が判明したとき、②生殖補助医療に移行するとき、③治療期間の初日から1年に達した日（4月1日が初日の場合は翌年の3月31日）のうち、該当する日を記入してください。
- ※3) 検査項目の指定はありません。表中記載の項目以外の内容については「その他」に記入してください。
- ※4) 検査・治療期間に行った検査及び治療に要した費用のうち、**患者負担額（領収金額）**（注：保険診療分の場合は、医療保険各法による療養の給付を除いた額）を診療月ごとに夫婦の合算金額を記入してください。1回の申請につき補助上限額は不妊検査及び一般不妊治療の合算で10万円です。食事代、文書料、個室料等の治療費に直接関係ない費用は除いて作成してください。

患者負担額(領収金額)内訳(※4)

診療年月日	①不妊検査に係る費用			②一般不妊治療に係る費用		
	保険診療分	保険診療 以外	計	保険診療分	保険診療 以外	計
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
計	円・・(A)			円・・(B)		
合計(A) + (B)		円				