様式第２号（第５条関係）

長和町不妊検査費用助成事業受診等証明書

下記のとおり、長和町不妊検査費用助成事業の対象となる不妊検査を行ったことを証明します。

　　年　　月　　日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

【主治医記入欄】該当する項目（□）にレ点を記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 　　　　　　　　夫 | 　　　　　　　　　妻 |
| 受診者 | ふりがな |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日　※１ | 　　年　　月　　日（　　歳） | 　　年　　月　　日（　　歳） |
| 検査開始日 | 　　年　　　月　　　日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 検査終了日 | 　年　　　月　　　日 | 　　年　　月　　　日 |
| 不妊検査期間※２ | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 患者負担額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円（裏面の④の金額と一致させてください）　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 検査内容※３ | 必須 | □　精液検査 | □　抗ミュラー管ホルモン検査 |
| 任意 | □　泌尿器科的検査□　血液検査（ホルモン検査等）□　その他の検査　・　・ | □　超音波検査□　血液検査（ホルモン検査等）□　その他の検査　・　・ |
| 今後の方針 | □　自然妊娠をめざす　　　　　　　　□妊娠に向けて詳細な検査が必要□　妊娠に向けて治療が必要　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注）①夫と妻が同じ医療機関で検査した場合は、まとめて記入してください。夫と妻が別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下さい。

　　②既に不妊治療（人工授精、体外受精、顕微授精）を行っている（行った）場合は、対象外となります。

　　③次の費用は助成の対象となりません。

　　　・食事代、文書料（本証明書を除く）等直接治療に関係ない費用

　　　・性感染症検査に係る費用

　　　・他の市町村で助成されていた治療（検査）の費用ならびに県要綱に基づく助成額

※１　年齢は、検査開始時の年齢を記入して下さい。

※２　夫と妻が別の医療機関で検査を行った場合は、それぞれの検査期間を記入してください。

※３　夫婦双方とも必須検査を実施の上、必要に応じて任意検査をしてください。

【医療機関記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査年月日 | 夫（氏名　　　　　　　　　　　　） | 妻（氏名　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 患者負担額 | 患者負担額 |
|  | 保険診療分 | 自費診療分 | 　　計 | 保険診療分 | 自費診療分 | 　　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 |
| 合　　　　計 | 　　　　　　　　　　　　円・・・① | 　　　　　　　　　　　　　円・・・② |
| 本証明書に係る文書料※４ | 　　　　　　　　　　　　　　　円・・・③本証明書の発行に係る文書料を徴収する場合は、その金額を記入して下さい。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者負担額合計（①＋②＋③） | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

･･･④表面の「患者負担額」に記入してください。

　上記のとおり領収したことを証明します。

　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　医療機関の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

※４　本証明書の発行に係る文書料を徴収する場合は、③にその金額を記入してください。

　　　入院食事療養費、差額ベッド代は対象外です。