

新居浜市妊娠前検査費助成事業受診等証明書

以下のとおり、不妊症を診断するための検査を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

代表者氏名

Ⓜ

医療機関記入欄

	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
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☑)	<input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <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"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
患者負担額	[妊娠前検査にかかった合計金額] 領収金額 _____ 円 ※裏面㉔の金額と一致すること	

裏面の記入もお願いします。

※記載要領及び注意事項も裏面に掲載しています。

第3号様式（第6条関係）（裏）

患者負担額（領収金額）内訳

検査年月日	夫			妻		
	患者負担額（領収金額） ※4			患者負担額（領収金額） ※4		
	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 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
計	円 … ①			円 … ②		

患者負担額（領収金額）	円 …… ③ ←表面の「患者負担額」欄に記入してください。
合計（①+②）	

【注意事項】

- この助成は、**医師が不妊症の診断のために必要と認める検査**が対象です。
これまでに不妊治療（タイミング法、人工授精、体外受精、顕微授精等）を受けたことがある場合は対象外となります。
 - 夫と妻が同じ医療機関で検査を受けた場合は、まとめて記入してください。**
夫と妻が別々の医療機関で検査を受けた場合には、それぞれの医療機関で記入してください。
- ※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、助成対象となる上記1)の不妊検査を行った期間（1年以内）を記入してください。
 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。
 ※3 検査項目に指定はありません。表中記載の項目以外の内容については「その他」欄に記入してください。
 ※4 検査期間に行った検査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）を記入してください。