

埼玉県〇〇市（町村）早期不妊検査費助成事業に係る実施証明書（記入例）

（宛先）

〇〇市（町村）長

診療報酬明細書などで、不妊検査に係る費用ができない場合は、領収書に「ただし、不妊検査費として」「うち不妊検査費に係る金額〇〇〇円」などと追記してください。
御協力をお願いいたします。

検査を実施したことを証明します。

平成29年 9月10日

所在地 〇〇市〇-〇-〇

医療機関名 医療法人〇〇 〇〇クリニック

代表者 理事長 〇〇 〇〇

電話番号 000-000-0000

主治医氏名 〇〇 〇〇

（主治医が自署又は記名押印）

印

印

ふりがな	さいたま たろう	生年月日	昭和 60年 11月 14日 (31歳) 平成
夫の名前	埼玉 太郎		
ふりがな	さいたま はなこ	生年月日	昭和 61年 6月 20日 (31歳) 平成
妻の名前	埼玉 花子		
助成対象となる不妊検査期間※1	平成29年3月10日から平成29年9月9日まで (6か月以内であること)		
A 助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額※2 (主治医の属する医療機関分)	指定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。この実施証明書記載に係る文書料も算入可能です。 円		
B 助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額※2（指定医療機関と連携する医療機関分）	医療機関名 指定医療機関で妻が検査をし、指定医療機関と連携する泌尿器科で夫が検査をする場合、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。） 円		
A+B	〇〇, 〇〇〇 円		
助成対象の不妊検査費に係る領収年月日（期間）	平成29年3月10日～平成29年 9月10日		
検査の内容 (該当するものに☑)	男性の検査	女性の検査	
	<input checked="" type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等） <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等） <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input checked="" type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input checked="" type="checkbox"/> その他（クラミジア抗体検査 ）	
現在の状況 (予定を含む) (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 不妊検査のみ <input type="checkbox"/> タイミング指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精	

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が記載してください。

（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。）

※1：不妊検査期間は、夫婦合わせた期間を記載すること。その期間は6か月以内であること。

例1：妻の不妊検査期間=H29.4.1～H29.6.30、夫の不妊検査期間=H29.5.15～H29.7.15の場合

助成対象の不妊検査期間=H29.4.1～H29.7.15

例2：妻の不妊検査期間 H29.4.15～H29.6.30、夫の不妊検査期間=H29.9.1～H29.10.31

助成対象の不妊検査期間=H29.4.15～H29.10.14（6か月以内）（助成対象外 10/15～10/31）

※2：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受診等証明書で計上した検査費用を除くこと。