

記入例

様式第2号（第6条関係）

宇和島市妊活支援（妊娠前検査費・一般不妊治療費）助成事業受診等証明書

宇和島市長 様

夫婦が別々の医療機関で検査を行った場合は、
夫婦それぞれに本証明書が必要となります。

△△ 年 8 月 31 日

所在地
主治医氏名

証明の内容について、問い合わせをさせていただく
ことがあります。

該当するもの（一方もしくは両方）にチェックを記入
してください。

該当する項目に印してください。

下記の者については、

- 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。

- ◆R5.4.1以降の日付を記入
- ◆本事業における検査期間の終期は、
 - 1 自己負担額が3万円を超えたとき
 - 2 検査が終了したとき
 - 3 検査開始日から1年が過ぎたときのいずれかです。

検査（治療）開始日に妻が43歳に達している場合
には本事業の助成対象外です。

(歳) 昭和 年 月 日 (歳)

検査期間※2

〇〇年6月1日から
〇〇年6月1日まで

〇〇年4月1日から
〇〇年11月30日まで

一般不妊治療を行った場合は記入してください。

- ◆R5.4.1以降の日付を記入
- ◆本事業における治療期間の終期は、
 - 1 自己負担額が3万円を超えたとき
 - 2 治療が終了（妊娠が判明した・生殖補助医療に移行）したとき
 - 3 治療開始日から1年が過ぎたときのいずれかです。

- 再診料
- 情報提供書
- 超音波検査
- 頸管粘液検査
- 感染症検査
- 抗精子抗体検査
- 分泌検査
- 卵管造影検査
- その他

フナーテスト(実施日:令和

証明書作成時に治療が継続している場合には、
「治療継続中」と記入してください。

②実施した「不妊症」について記入してください。

治療期間※2

〇〇年9月1日から △△年8月31日まで

治療内容

- 卵胞観察 (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

上記の検査及び治療期間内において、院外処方
を行った場合に記入してください。

院外処方を行った日

〇〇年 年 月 日
〇〇年9月 令和 年 月 日 令和 年 月 日
〇〇年9月30日 令和 年 月 日 令和 年 月 日

裏面の記入もお願いします。
※注意事項も裏面に掲載しています。ご確認ください。

必ずお読みください

【注意事項】

- 1) この助成は、医師が必要と認めた不妊検査及び、保険診療で実施した一般不妊治療が対象です。
- 2) 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 検査または治療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、不妊検査また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】治療の最終日は、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年に到達した日(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 検査項目に指定はありません。表中記載の項目以外の検査については「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・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把握していれば当該給付額を除いた額)を記入してください。
夫の検査・治療費用を妻の検査・治療費用に含む場合は、その旨を余白等に記載してください。

| 患者負担額(領収金額)※4 | | | | | | |
|---------------|-------|-------|---|-------|-------|---|
| 診療月 | 夫 | | | 妻 | | |
| | 保険診療分 | 保険診療外 | 計 | 保険診療分 | 保険診療外 | 計 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 令和 年 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 合 計 | | | 円 | | | 円 |

夫と妻それぞれの検査(治療)にかかった窓口領収金額を記入してください。なお、夫の費用が妻の費用に含まれる場合には、余白にその旨を記入してください。

◆保険診療外で助成の対象となるのは、妊娠前(不妊)検査のみです。
◆医師の処方によらない不妊検査及び一般不妊治療に係る薬剤(サプリメント)は対象外です。

上記のとおり領収したことを証明します。