

宇和島市長 様

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

主治医記入欄

該当する項目に☑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。

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日※1	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)

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 日から
	年 月 日まで	年 月 日まで
検査内容※3	<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"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 卵管造影検査 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> フーナーテスト(実施日:令和 年 月 日)	

②実施した「不妊症の治療」について記入してください。

治療期間※2	年 月 日 から	年 月 日まで	
治療内容	<input type="checkbox"/> 卵胞観察 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他 (タイミング療法) ()		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
院外処方を行った日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 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
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
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			円

上記のとおり領収したことを証明します。