

福島県不妊治療支援事業助成金受診等証明書

次の者については、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の住所

名称

主治医氏名

印

(署名または記名押印)

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

	夫	妻
受診者氏名	(ふりがな) ()	()
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
助成対象となる検査期間(※1)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
助成対象となる検査に係る患者負担(領収)額(※2)	(検査開始日から1年以内の患者負担額となります。本証明書への記載料も対象です。) 円	
検査内容	<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"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	<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"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> その他 ()

医療機関ご担当者様

- この証明書は、福島県が実施している『福島県不妊治療支援事業』において、申請者が不妊症検査費用に関する助成金を申請する際に必要な書類です。
- 証明書を発行していただく際は、注意事項にご留意のうえ、ご記入くださるようお願いいたします。
なお、記載内容等にご不明な点等がありましたら、お問い合わせ先までご連絡ください。

【注意事項】

- ① この助成は、医師が必要と認めた不妊検査が対象です。検査項目に指定はありません。
- ② 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。
 - (※1) 貴医療機関において、助成対象となる不妊検査を行った期間を記入してください。夫婦両方の検査費用について記載する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から、夫又は妻の検査終了日のいずれか遅い日までが証明すべき検査期間となります。
 - (※2) 検査期間内に行った検査に要した費用のうち、自己負担(領収)額を記入してください。