

鳥取県不妊検査費助成事業に係る証明書

次の者について、鳥取県不妊検査費助成事業の対象となる不妊検査を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

特定医療機関の住所
名称

主治医氏名

(署名または記名押印)

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
受診者生年月日 ※1 (和暦)	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
助成対象となる 不妊検査期間 ※2 (和暦)	夫	年 月 日 ~		年 月 日
	妻	年 月 日 ~		年 月 日
領収年月日 (和暦)		年 月 日 ~		年 月 日
不妊検査に要した 金額の合計 ※3	夫	領収金額	円 (うち助成対象外経費	円)
	妻	領収金額	円 (うち助成対象外経費	円)
上記の不妊検査の 合計金額		領収金額	円 (うち助成対象外経費	円)
検査内容 ※医療保険適用外	夫の検査		妻の検査	
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> 細菌培養同定検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 抗ミューラー管ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 葉酸検査 <input type="checkbox"/> クラミジア I g G <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> その他 ()	

注) 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。夫と妻が別々の医療機関で検査した場合は、それぞれの医療機関で記入してください。

※1 年齢は、それぞれの治療期間の初日における年齢を記入してください。

※2 貴医療機関において、助成対象となる不妊検査を行った期間(1年以内)を記入してください。
なお、不妊治療の効果を確認するための検査など、不妊治療の一環として行われる検査は助成対象とならないため、その検査を行った日は含めないでください。

※3 領収金額欄には、貴医療機関において実施した不妊検査に係る費用のうち、医療保険適用外の検査経費について、患者本人負担額を記入してください。