

十和田市不妊検査費用助成事業受診等証明書

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

(主治医の自署又は記名押印)

下記のとおり、不妊検査費用助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

| | 夫 | 妻 |
|--------------------------------|--|---|
| (ふりがな) 受診者氏名 | () | () |
| 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 | 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 検査にかかる 患者負担(領収)額 | 円 (本文書料を除く) | |
| 検査内容 (該当項目に☑) | <input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 風疹抗体価検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 泌尿科的検査 <input type="checkbox"/> その他の検査 | <input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <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"/> 卵管疋通性検査 <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 |

(注意事項)

- ①この証明書は十和田市が実施している「不妊検査費用助成事業」において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。
- ②夫と妻が同じ医療機関で検査をした場合は、まとめて記入ください。
- ③この助成は、医師が不妊症の診断のために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。
- ④この助成は令和8年1月1日から同年3月31日までに行った不妊検査が対象です。

※次の費用は助成の対象とはなりません。

- ・不育症のための検査や婦人科検診、不妊治療にかかる費用
- ・食事療養費、差額ベット代等の不妊検査に直接要する費用ではないもの