

徳島県妊孕性検査支援事業受診等証明書

次のとおり、徳島県妊孕性検査支援事業の対象となる検査を行い、検査に係る費用を領収したことを証明します。

なお、患者負担額には、本事業の助成対象外の費用が含まれていないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名(自署)

【主治医記入欄】

		夫	妻
受診者	(フリガナ)		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
検査開始日 ※1		令和 年 月 日 検査開始時の年齢(歳)	
検査終了日		令和 年 月 日	
検査期間 ※2		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(最長1年間)	
保険適用外の 患者負担額		円 (裏面の④の金額と一致させてください)	
検査 内容 ※3	必須	<input type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 抗ミューラー管ホルモン検査
	任意	<input type="checkbox"/> 泌尿器科検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> その他の検査 []	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> その他の検査 []
今後の方針		<input type="checkbox"/> 自然妊娠をめざす <input type="checkbox"/> 妊娠に向けて治療が必要	<input type="checkbox"/> 妊娠に向けて詳細な検査が必要 <input type="checkbox"/> その他()

注意事項

- 夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から1年以内に双方が検査を実施した場合に助成対象となります。
- 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。
- 既に不妊治療(人工授精、体外受精、顕微授精)を行っている(行った)場合は、対象外となります。
- のある項目については、該当するものにレ点を記入してください。

※1 年齢は、検査開始時の年齢を記入してください。

※2 夫又は妻の検査開始日の早い日から、夫又は妻の検査終了日の遅い日まで(最長1年間)を記入してください。

※3 夫婦双方とも必須検査を実施の上、必要に応じて実施した任意検査を記入してください。

【医療機関記入欄】

		夫（氏名）		妻（氏名）	
検査年月日	検査内容	患者負担額 (保険適用外分)	検査内容	患者負担額 (保険適用外分)	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
年 月分		円		円	
合計		円・・・①		円・・・②	
本証明書に係る文書料				円・・・③	
患者負担額合計(①+②+③)				円・・・④	

※男性は精液検査、女性は抗ミュラー管ホルモン検査は必須検査です。

【助成対象とならない費用】

1. 本事業の検査期間と同じ期間に行われた治療(検査)
※不妊治療期間中に行った不妊検査は、助成対象外
2. 性感染症検査に係る費用
3. 食事代、ベッド差額、選定療養費等、検査に直接関係のない費用