

(様式第2号)

山梨県不妊検査費・不育症検査費助成事業受診等証明書

山 梨 県 知 事 殿

次のとおり、標記助成事業の対象となる検査を実施したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

主治医氏名

(自署または押印)

医療機関記入欄(主治医が記入すること)		裏面の記入もお願いします。	
検査種別	不妊検査 ・ 不育症検査		
	夫	妻	
フリガナ			
受診者氏名			
受診者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)	
不育症検査助成対象 ※1	<input type="checkbox"/> 妻に2回以上の流産若しくは死産、又は早期新生児死亡の既往がある <input type="checkbox"/> 不育症の疑いがある		
検査開始日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)	
検査終了日	年 月 日	年 月 日	
検査期間 ※2	年 月 日 ~ 年 月 日 (最長1年間)		
患者負担(領収)額 ※3	患者負担(領収)額 円 (裏面の内訳合計と金額を一致させてください)		
不妊検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <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"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> フーナー検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 { }	
不妊検査後の状況 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> タイミング指導 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> その他()		
不育症検査内容	<input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> その他 { }	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子検査 <input type="checkbox"/> その他 { }	
不育症検査後の状況 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 治療(治療内容:)		

※不妊治療又は不育症治療の効果を確認するための検査など、治療の一環として行われる検査は助成対象外です。

受診等証明書内の注釈等注意事項については裏面をご覧ください。

裏面

患者負担(領収)額内訳:医療機関で記入をお願いします

検査年月 ※2	夫(氏名)			妻(氏名)		
	保険診療分		保険診療以外	保険診療分		保険診療以外
	診療点数	患者負担(領収)額 ※3	患者負担(領収)額 ※3	診療点数	患者負担(領収)額 ※3	患者負担(領収)額 ※3
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
年 月分	点	円	円	点	円	円
合計	点	円	円	点	円	円

① ② ③ ④

①+②+③+④

患者負担(領収)額 内訳合計: 円 ←表面の患者負担(領収)額に記入してください。

年 月 日

上記のとおり領収したことを証明します。

医療機関の所在地

名称

電話番号

印

※受診等証明書の記載内容等について照会することがありますので御了承ください。

【注意事項】

- ※1: 不育症検査の場合のみ該当項目にチェックをお願いします。
- ※2: 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(月)から、夫又は妻の検査終了日のいずれか遅い日(月)までが証明すべき検査期間となります。ただし、検査期間が1年を超える場合は、1年間が限度となります。ただし、原始附則第4条を適用する場合はこの限りではありません。
- ※3: 「検査期間」内の対象検査に係る自己負担(領収)額(保険診療分の場合は、医療保険各法による療養の給付を除いた額)を記載してください。
 なお、患者負担(領収)額には以下の費用を含めないようにしてください。
 - ・食事療養費、差額ベッド代、文書料等直接検査に関係のない費用