

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

代表者名

主治医氏名

（署名または記名押印）

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 ~	妻	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 (うち対象外 (保険適用) 経費	円)
	妻	領収金額	円 (うち対象外 (保険適用) 経費	円)
検査内容	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かめるための検査など、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患者本人負担額を記入し、うち対象外（保険適用）経費欄には、患者本人負担額のうち、保険診療分の患者本人負担額を記入してください。