

## 富山市妊活ペア検査費(不妊検査費)助成事業受診等証明書

次の方については、妊活ペア検査事業の対象となる検査を実施し、これにかか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

医療機関の名称  
医療機関の住所  
主治医氏名

## 医療機関記入欄(主治医が記入すること)

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	( )	( )
生年月日	年 月 日( 歳)	年 月 日( 歳)
助成対象となる 検査の期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
領収年月日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
検査に要した 費用の合計額 (※)対象経費が申請書に記 入する申請額となります	領収金額 円(A)	領収金額 円(A)
	内助成対象外経費 円(B)	内助成対象外経費 円(B)
	<u>(※)対象経費 円(A-B)</u>	<u>(※)対象経費 円(A-B)</u>
検査内容	<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"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> ヒューナー検査 <input type="checkbox"/> 黄体機能検査 <input type="checkbox"/> 抗ミュラー管ホルモン検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )

注1 夫と妻が同じ医療機関で検査した場合は、まとめて記入するようにしてください。

注2 年齢は、それぞれの検査期間の初日における年齢を記入してください。

注3 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。

注4 不妊検査に要した費用の合計額欄には、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、医療保険適用の自己負担額と保険適用外の自己負担額の合計を記入してください。文書料は助成対象外です。

注5 不妊検査に要した費用については、産婦人科ならびに泌尿器科それぞれ単一医療機関からのみの請求となります。

注6 特定医療機関からの紹介により検査を実施した場合の費用も対象になります。その際は、特定医療機関が紹介して実施(他の医療機関にて)した検査費用を含めた金額を記入してください。