

夫婦が別の医療機関で受診した場合は、それぞれの医療機関で作成してください。

様式第2号

記入例

不妊検査・一般不妊治療費助成申請に係る証明書

平成 28 年 10 月 31 日

広島県知事 様

(不妊検査・一般不妊治療実施医療機関)

住所 広島市〇区△△

名称 〇〇産婦人科クリニック

代表者 院長 △△ △△

電話番号 (082)×××-××××

医療機関印

主治医氏名 ●●●●

印

(※主治医が自署又は記名押印)

貴院においては夫又は妻のいずれか一方のみが受診した場合であっても、確認のため夫婦両方の氏名を記入してください。

次のとおり、広島県不妊検査・一般不妊治療費助成事業の対象となる検査・治療を実施 主治医の自署又は記名押印をお願いします。

(ふりがな) 夫の名前	ひろしま たろう 広島 太郎	生年月日	昭和平成 53年 6月 3日 (38歳)
(ふりがな) 妻の名前	ひろしま はなこ 広島 花子	生年月日	昭和平成 57年 8月20日 (34歳)
夫婦それぞれの対象となる不妊検査・一般不妊治療を実施した期間を記入してください。	夫	28年 10月 1日 から 28年 10月 29日まで	
助成対象となる不妊検査・一般不妊治療期間※1	妻	28年 10月 1日 から 28年 10月 31日まで	
助成対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る患者負担(領収)額※2	助成対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る患者自己負担額(領収額)の合計を記入してください。		→78,500 円
検査の内容	男性の検査		女性の検査
	<input checked="" type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> その他 ()		<input checked="" type="checkbox"/> 内診・経膈超音波検査 <input checked="" type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input checked="" type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input checked="" type="checkbox"/> その他(卵管通気通水検査)
治療等の状況(予定を含む。)	<input checked="" type="checkbox"/> 卵胞観察(タイミング療法) (<input checked="" type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		治療などの状況を記入してください。自院で実施していないが、他医療機関を紹介した場合もご記入ください。「その他」については、適宜内容を()にご記入ください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法等 (<input checked="" type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 人工授精 (<input checked="" type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
	<input type="checkbox"/> 体外受精 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
	<input type="checkbox"/> 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介)		
<input type="checkbox"/> その他 ()			
院外処方の有無	院外処方の有無を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

注) 夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、まとめて記入してください。夫と妻が別々の医療機関で受診した場合は、それぞれの医療機関で記入してください。

※1) 貴医療機関において助成対象となる不妊検査・一般不妊治療を行った期間(2年以内)を記入してください。

※2) 貴医療機関において実施した助成対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る費用の患者本人負担額(当該証明書の発行に係る文書料を徴収する場合にはその金額との合計額)を記入してください。