

不妊検査費等助成申請に係る証明書

記入例

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。

●年 ●月 ●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 ●●市●●

名称 ●●産婦人科クリニック

代表者 院長 ●● ●●

電話番号 (082)×××-××××

医療機関

主治医の自署又は記名押印をお願いします。

主治医氏名 ▲▲ ▲▲

印

(※主治医が自署又は記名押印)

次のとおり、広島県不妊検査費等助成事業の対象となる検査・治療を実施したことを証明します。

(ふりがな)	ひろしま たろう	生年月日	昭和 平成	●●年	■月	▲日(◆歳)
夫の名前	広島 太郎					
(ふりがな)	ひろしま はなこ	生年月日	昭和 平成	○年	◇月	×日(□歳)
妻の名前	広島 花子					
助成対象となる 不妊検査・一般不妊治療期間※1	対象となる期間を記入してください。 妊娠が判明した時点で終了となる点ご注意ください。	2021年 4月 1日 から 2021年 6月 30日まで				
	妻	2021年 4月 1日 から 2021年 9月 30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※	(検査開始日から最長2年間の患者負担額について証明してください)	81,850	円			
検査の内容	・ 精液検査 ・ 泌尿器科的検査 □ 血液検査(ホルモン検査等) □ その他 ()	女性の検査 ・ 子宮卵管造影検査 □ 血液検査(ホルモン検査等) □ 腹腔鏡検査 □ 子宮鏡検査 ・ その他(卵管通気通水検査)				
実施した治療 (予定を含む)	□ 卵胞観察(タイミング療法) (□当院で実施 ・ □他医療機関を紹介) □ 薬物療法等 (□当院で実施 ・ □他医療機関を紹介) □ 人工授精 (□当院で実施 ・ □他医療機関を紹介) □ 体外受精 (□当院で実施 ・ □他医療機関を紹介) □ 顕微授精 (□当院で実施 ・ □他医療機関を紹介) □ 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	・ 有	□ 無			

【自院に検査設備がないため、他院を紹介して検査を実施し、検査結果の提供を受ける場合】
紹介元の医療機関において、他院での検査実施に係る本人負担額を合わせた額で作成して差し支えありません。

この場合、合算する検査を実施した他院の名称、合算した金額を余白に記載してください。