

大分県・大分市共通の様式です。どちらかに○を付す必要はありません。

大分県 大分市 妊活応援検診費助成事業 受診等証明書

令和2年12月15日

医療機関の所在地 **大分県大分市大手町〇-〇-〇**

名称 **大分県庁産婦人科**

主治医氏名 **大分 一郎**

(主治医が自署または記名押印)



受診者が夫か妻のどちらか一方の場合は、受診した方のみ記入してください。

主治医の自署または記名押印をお願いします。  
※証明事項を訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、こちらの印で訂正印を押印してください。

下記のとおり検査を受けたことを証明します。

※医療機関記入欄

	夫	妻
ふりがな	<b>おおいた たろう</b>	<b>おおいた はなこ</b>
受診者氏名	<b>大分 太郎</b>	<b>大分 花子</b>
生年月日	昭和 平成 <b>62</b> 年 <b>11</b> 月 <b>16</b> 日 ( <b>33</b> 歳)	昭和 平成 <b>2</b> 年 <b>8</b> 月 <b>10</b> 日 ( <b>30</b> 歳)
検査期間 ※1	令和 <b>2</b> 年 <b>10</b> 月 <b>11</b> 日から 令和 <b>2</b> 年 <b>11</b> 月 <b>30</b> 日まで	令和 <b>2</b> 年 <b>10</b> 月 <b>5</b> 日から 令和 <b>2</b> 年 <b>11</b> 月 <b>30</b> 日まで
不妊検査等内容 ※2 (該当項目に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供料 <input checked="" type="checkbox"/> 精液検査 <input checked="" type="checkbox"/> 内分泌検査 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 初診料 <input checked="" type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供料 <input checked="" type="checkbox"/> 超音波検査 <input checked="" type="checkbox"/> 内分泌検査 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症検査 <input checked="" type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input checked="" type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>卵管疎通性検査</b> )
患者負担(領収)額	<b>35,310</b>	円 ※裏面の④欄の金額と一致させてください。

証明書記載日現在の年齢を記入してください。

貴医療機関において、初めて検査を受診した日から、医師が検査終了と判断した日(最後の検査日)までを記入してください。  
※人工授精、特定不妊治療を開始した場合は、その時点で助成期間終了となります。  
※検査途中で、受診者に証明書の発行を求められた場合は、検査終了日に証明書発行日を記載してください。

上記以外の検査をした場合は、「その他」にチェックをして、内容を記載してください。

「裏面」の「患者負担(領収)額 合計(①+②+③)」の額を記入してください。  
**患者負担額は、訂正印での修正は出来ません。**

**裏面の記入もお願いします。**

※記載要領及び注意事項も裏面に掲載しています。

※医療機関で記入をお願いします。

患者負担(領収)額内訳						
検査年月日	夫(氏名 <b>大分 太郎</b> )			妻(氏名 <b>大分 花子</b> )		
	患者負担(領収)額 ※3			患者負担(領収)額 ※3		
	保険診療分	保険診療以外	計	保険診療分	保険診療以外	計
令和 <b>2</b> 年 <b>10</b> 月 <b>5</b> 日	円	円	円	<b>5,690</b> 円	<b>5,000</b> 円	<b>10,690</b> 円
令和 <b>2</b> 年 <b>10</b> 月 <b>11</b> 日	<b>2,770</b> 円	<b>2,500</b> 円	<b>5,270</b> 円	円	円	円
令和 <b>2</b> 年 <b>10</b> 月 <b>20</b> 日	円	円	円	<b>10,850</b> 円	円	<b>10,850</b> 円
令和 <b>2</b> 年 <b>11</b> 月 <b>30</b> 日	円	円	円	<b>8,500</b> 円	円	<b>8,500</b> 円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
計	<b>5,270</b> 円	円	円…①	<b>30,040</b> 円	円	円…②
本証明書にかかる 文書料 ※4	本証明書の発行に文書料が発生する場合は記入してください。助成対象となります。			<b>0</b> 円	円…③	円
患者負担(領収)額 合計(①+②+③)	<b>35,310</b> 円			←表面の「患者負担(領収)額」		

上記のとおり領収したことを証明します。  
令和**2**年**12**月**15**日

医療機関の所在地 **大分県大分市大手町〇-〇-〇**  
名称 **大分県庁産婦人科**  
院長     
電話番号 **097-111-2222**

印

◎自己負担額(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)を記入してください。  
○夫婦別々に、検査日ごとに記入してください。  
また、保険診療分と保険診療以外で分けてください。

本証明書の発行に文書料が発生する場合は記入してください。助成対象となります。

夫婦の自己負担額(領収額)に文書料を加えた額を記入してください。合計金額は、訂正印での修正は出来ません。

医療機関ご担当者様

管理者名までご記入ください。

○この証明書は、大分県及び大分市が実施している『不妊検査費(妊活応援検診費)助成事業』において、申請者が助成金を申請するに当たって、

○証明書を発行していただくにあたり、なお、記載内容等についてご確認をお願いします。

【注意事項】

- ①この助成は、医師が必要と認める不妊検査に要した費用
- ②夫と妻が同じ医療機関を受診した場合は、その医療機関に記入してください。

※1) 貴医療機関に複数日にわたり検査を受けた場合は、検査項目ごとに記入してください。

※2) 検査項目に指定された検査項目にのみ記入してください。

※3) 検査期間内に検査を受けた場合は、検査項目ごとに記入してください。

※4) 本証明書の発行に係る文書料を徴収する場合は、その金額を記入してください。

<助成の対象となる費用と対象外の費用>

【助成対象費用】

- ・医師が必要と認める不妊検査に要した費用
- ・検査に必要な院内処方薬の薬剤費用
- ・初診料、再診料
- ・診療情報提供料

【助成対象外費用】

- ・検査に関連する院外処方薬の薬剤費用
- ・治療にかかる費用
- ・治療に関する薬剤費用
- ・人工授精または特定不妊治療(体外受精・顕微授精)を開始した以降の検査費用

【お問い合わせ先】 大分県福祉保健部こども未来課 こども企画班  
TEL:097-506-2718(直通) FAX:097-506-1739  
大分市福祉保健部保健所健康課  
TEL:097-536-2562(直通) FAX:097-532-3250