

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

令和〇年〇月〇日

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、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、訂正箇所にも二重線を引き、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	おおいた たろう	おおいた はなこ
受診者氏名	大分 太郎	大分 花子
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日(〇〇歳)	昭和〇〇年〇月〇日(〇〇歳)
検査期間 ※1	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで
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 <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 卵管疎通性検査
患者負担(領収)額	35,310	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 大分 太郎)			妻(氏名 大分 花子)		
	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○年○月○日	円	円	円	5,690 円	5,000 円	10,690 円
令和○年○月○日	2,770 円	2,500 円	5,270 円	円	円	円
令和○年○月○日	円	円	円	10,850 円	円	10,850 円
令和○年○月○日	円	円	円	8,500 円	円	8,500 円
令和 年 月 日						
令和 年 月 日						
令和 年 月 日						
令和 年 月 日						
計	5,270		円…①	30,040		円…②
本証明書にかかる 文書料 ※4				0		円…③
患者負担(領収)額 合計(①+②+③)	35,310			←表面の「患者負担(領収)額」		

◎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。**

上記のとおり領収したことを証明します。
令和○年○月○日 医療機関の所在地 **大分県大分市大手町○-○-○**
名称 **大分県庁産婦人科**
院長
電話番号 **097-111-2222** 印

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した検査費用を証明するものです。

○証明書を発行していただくにあたり、記載内容等に間違いがないことをご確認をお願いします。

【注意事項】

①この助成は、医師が不妊検査を指示した場合に限り適用されます。

②夫と妻が同じ医療機関を受診した場合は、その医療機関の医師が不妊検査を指示した場合に限り適用されます。

※1) 貴医療機関において、検査項目に指定された検査項目に限り適用されます。

※2) 検査項目に指定された検査項目に限り適用されます。

※3) 検査期間内に実施された検査項目に限り適用されます。

※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