

【医療機関記入欄】

検査年月日	夫(氏名)			妻(氏名)		
	患者負担額			患者負担額		
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
合計	円・・・①			円・・・②		
本証明書に係る文書料※4	円・・・③ 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。					
患者負担額合計(①+②+③)		円・・・④表面の「患者負担額」に記入してください。				

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
 名 称
 電話番号

※4 本証明書の発行に係る文書料を徴収する場合は、③にその金額を記入してください
 入院食事療養費、差額ベッド代は対象外です。

【助成の対象とならない費用】

「当県の他の助成制度等で助成されていた期間に係る妊活検診(不妊検査)費用」について

- 1 本事業の検査期間と同じ期間に行われた治療(検査)がある場合、他の助成は受けられません。
- 2 不妊治療(人工授精・体外受精・顕微授精)期間中に行った不妊検査は、本事業の対象外です。