

長野県不育症治療支援事業受診等証明書(検査)

下記の者について、不育症の診断に係る検査を実施し、これに係る検査費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日
医療機関の名称
所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)※該当するいずれかの□にレ点を入れてください(複数可)。

- ☐ 受診者は、2回以上の流産、死産の既往があります。
- ☐ 受診者は、早期新生児死亡の既往があります。
- ☐ 1回以上の妊娠10週以降の流死産の既往があります。

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日		夫 年 月 日(歳)	妻 年 月 日(歳)
検査	内容 該当する欄にレ点を入れてください。	☐ 子宮形態検査 ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 凝固因子検査 ☐ その他() ※2「不育症検査費用助成事業」の対象検査を除く	
	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
診断 ※1		診断した日 年 月 日 診断医療機関名 診断医師名	
領収金額		〔今回の不育症検査にかかった金額の合計〕 *入院室料、食事代、文書料等の直接検査に関わらない費用は含みません 検査費(先進医療分を除く) 領収金額 円	
実施医療機関 の名称 ※3			

注) 次の費用は助成の対象となりません。

- ・食事代、文書料等直接検査に関係ない費用
- ・出産(流産・死産を含む)に係る費用
- ・他の地方公共団体で助成されていた期間に係る検査費用
- ・当県の他の助成制度等で助成されていた期間に係る検査費用

※1 検査の結果不育症と診断された場合に記入してください。
※2 「不育症検査費用助成事業」の対象検査については、こども家庭庁「不育症検査費用助成事業」をご覧ください。
※3 受診等証明書を作成する医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。