

(様式第2号)(第5関係)

長野県妊活検診(不妊検査)費用助成事業受診等証明書

下記のとおり、長野県妊活検診(不妊検査)費用助成事業の対象となる不妊検査を行ったことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

【主治医記入欄】 該当する項目(□)にレ点を記入してください。

		夫	妻
受 診 者	(ふりがな) 氏 名	()	()
	生年月日※1	昭和・平成 年 月 日(歳)	昭和・平成 年 月 日(歳)
検査開始日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
検査終了日※2		令和 年 月 日	令和 年 月 日
患者負担額		円(裏面の④の金額と一致させてください)	
検査内容 ※3	必須	☐ 精液検査	☐ 抗ミュー管ホルモン検査
	任意	☐ 泌尿器科的検査 ☐ 血液検査(ホルモン検査等) ☐ 風疹抗体価検査 ☐ その他の検査 ・ ・	☐ 超音波検査 ☐ 血液検査(ホルモン検査等) ☐ 風疹抗体価検査 ☐ その他の検査 ・ ・
今後の方針		☐ 自然妊娠をめざす ☐ 妊娠に向けて治療が必要	☐ 妊娠に向けて詳細な検査が必要 ☐ その他()

注) ①夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から6か月以内に双方の検査が終了(医師の結果説明を含む)した場合に助成の対象となります。

②夫と妻が同じ医療機関で検査した場合は、まとめて記入してください。夫と妻が別の医療機関で検査した場合は、それぞれの医療機関で記入してください。

③既に不妊治療(人工授精、体外受精、顕微授精)を行っている(行った)場合は、対象外となります。

④次の費用は助成の対象となりません。

- ・食事代、文書料(本証明書を除く)等直接治療に関係ない費用
- ・性感染症検査(クラミジア、梅毒、HIV)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治療(検査)の費用
- ・当県の他の助成制度等で助成されていた期間に係る治療(検査)の費用(裏面参照)

※1 年齢は、検査開始日時点の年齢を記入してください。

※2 検査終了日は医師の結果説明日を含む日で記入してください。

※3 夫婦双方とも必須検査を実施の上、必要に応じて任意検査を行ってください。

保健所記入欄 受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

【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。

なお、上記領収金額には、下記の性感染症検査に係る費用は含まれていません。

検査内容	検査年月	領収金額
	年 月	円
	年 月	円
	年 月	円

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、差額ベッド代等は対象外です。

【助成の対象とならない費用】

「当県そ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。