

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。※1

		夫	妻
受診者	(ふりがな) 氏名	()	()
	生年月日※2	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※3		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 ※4	必須	<input type="checkbox"/> 精液検査 (実施日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 抗ミューラー管ホルモン検査(AMH) (実施日: 年 月 日)
	任意	<input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 風疹抗体価検査 <input type="checkbox"/> その他の検査 . .	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 風疹抗体価検査 <input type="checkbox"/> その他の検査 . .
今後の方針		<input type="checkbox"/> 自然妊娠をめざす <input type="checkbox"/> 妊娠に向けて治療が必要	<input type="checkbox"/> 妊娠に向けて詳細な検査が必要 <input type="checkbox"/> 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過去および本事業の検査期間中に不妊治療(人工授精、体外受精、顕微授精)を受けた場合は、対象外となります。

③次の費用は助成の対象となりません。

- ・食事代、差額ベッド代、郵送料、選定療養費、処方箋料、文書料(本証明書を除く)等直接検査に関係ない費用
- ・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
(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、助成を受けられるのは一事業のみです。)

④検査期間の初日が令和8年4月1日以降の場合、性感染症検査も助成対象です。

※1 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。

※2 年齢は、検査開始日時点の年齢を記入してください。

※3 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。

※4 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 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	円	円	円	円	円	円
年 月 日分	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、下記の対象外費用は含まれていません。
 (検査期間の初日が令和8年4月1日以降の場合、性感感染症検査も助成対象です。)

内容	年月日	領収金額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

令和 年 月 日 医療機関の所在地
 名称
 電話番号