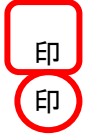


深谷市長

診療報酬明細書などで、不妊検査に係る費用が記載できない場合は、領収書に「ただし、不妊検査費として」「うち不妊検査費に係る金額〇〇〇円」などと追記してください。御協力をお願いいたします。

所在地 〇〇市〇〇 〇-〇-〇  
 医療機関 医療法人〇〇クリニック  
 主治医氏名 〇〇 〇〇  
 （主治医が自署又は記名押印）



深谷市早期不妊検査実施証明書（記入例）

次のとおり、標記補助事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

ふりがな	ふかや たろう	生年月日	昭和 63年 6月 22日（29歳） 平成
夫の名前	深谷 太郎		
ふりがな	ふかや はなこ	生年月日	昭和 2年 10月 6日（27歳） 平成
妻の名前	深谷 花子		
不妊検査期間※1	検査期間	〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年△△月△△日	
助成対象の期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 1年間		
A 助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額※2（指定医療機関又は助成対象医療機関分）	指定医療機関が実施する不妊検査費用はこちらに計上してください。この実施証明書記載に係る文書料も算入可能です。		円
B 助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額※2（指定医療機関と連携する医療機関分）	指定医療機関で妻が検査をし、指定医療機関と連携する泌尿器科で夫が検査をする場合、泌尿器科検査費分についてこの欄に記載してください。（男性不妊検査費領収書を受け取り、指定医療機関の主治医が記載してください。）		
A + B	〇〇,〇〇〇 円		
検査種類	男性の検査（下記該当項目に☑）	女性の検査（下記該当項目に☑）	
不妊検査※3	<input checked="" type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 超音波検査	
		<input checked="" type="checkbox"/> 内分泌検査（黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストロゲン、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等）	
		<input type="checkbox"/> クラミア抗体検査あるいは核酸増幅検査	
		<input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮管造影、超音波下卵管通水法等）	
		<input type="checkbox"/> 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等）	
		<input type="checkbox"/> その他（ ）	

注意：この証明書は、特定不妊治療費助成事業における指定医療機関又は助成対象医療機関が記載してください。  
 指定医療機関：主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性の不妊検査を実施した場合は、主治医が患者から男性不妊検査として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。  
 助成対象医療機関：夫と妻がそれぞれ別の助成対象医療機関で検査を受けた場合は、それぞれの実施証明書が必要となります。  
 ※1：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちら一方の検査期間を記載してください。  
 夫婦双方の検査を証明する場合は夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日から検査終了日を記載してください。  
 例 妻の検査期間 H30. 3. 1~H30. 9. 30、夫の検査期間 H30. 12. 1~H31. 3. 31  
 検査期間は H30. 3. 1~H31. 3. 31  
 助成対象期間は H30. 3. 1~1年間（H31. 2. 28まで。H31. 3. 1~H31. 3. 31は検査を行っていたとしても助成対象外）  
 ※2：指定医療機関に限り、助成対象となる患者負担（領収）額は特定不妊治療費助成の実施証明書で計上した検査費用を除くこと。  
 ※3：他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。