

国富町不妊検査等助成事業 検査実施証明書 兼 受領証明書

年 月 日

国富町長 殿

記入例

医療機関の名称
及び所在地
電話番号
主治医氏名

印

※主治医・医療機関記入欄

下記のとおり、国富町不妊検査費等助成事業の対象となる不妊検査を実施し、検査費用を領収したことを証明します。

受検者氏名			
夫		妻	
フリガナ	クニトヨ	ハナコ	
氏名	国富	花子	
生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 (43 歳)	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 (42 歳)
検査期間	令和 4 年 8 月 10 日 ~	令和 4 年 10 月 28 日	
検査名	受検者負担額	検査名	受検者負担額
☐ 精液検査	〇〇〇 円	☐ FSH(促黄体生成素)検査	〇〇〇 円
その他の検査・調剤等		☐ LH(黄体生成素)検査	円
	円	☐ E2(エストロゲン)検査	円
	円	☐ P4:プロゲステロン(黄体ホルモン)検査	円
	円	☐ アンチミューラー管ホルモン検査	円
	円	☐ 経腹超音波検査	〇〇〇 円
	円	☐ 経膈超音波検査	円
	円	受検者が負担した金額を記入	
	円	卵管通気検査・通水検査	
夫婦ともに検査を受けていること(夫、妻それぞれの欄に記載が必要)			円
	円	☐ 甲状腺機能検査	〇〇〇 円
同性ペアの様式が必要な場合は、国富町保健介護課へご連絡ください ☎0985-75-3553			円
	円	☐ 癌胚性抗原(CEA)検査	〇〇〇 円
	円	☐ 腫瘍マーカー(CA125等)	円
	円	その他の検査・調剤等	
	円	■■■■	〇〇〇 円
	円		円
	円		円
①検査・調剤等費用(夫婦合計)	この場合、助成額は上限の3万円となります		28,000 円
②文書料(証明書)			3,000 円
		合計(①+②)	31,000 円

※実施した検査に○印をご記入ください。

※対象となる検査は、不妊の原因を調べるために医師が必要と認めたものです。

※助成対象期間(検査開始日の属する月から起算して12月以内)内の診療分について記載してください。

※医療保険適用の有無は問いません。

※夫の検査費用を妻の検査費用に含む場合は、その旨を余白等に記載してください。