

不妊検査費等助成申請に係る証明書

年 月 日

広島県知事 様

(不妊検査・一般不妊治療実施医療機関)

住所

名称

代表者

印

電話番号

主治医氏名

印

(※主治医が自署又は記名押印)

次のとおり、広島県不妊検査費等助成事業の対象となる検査・治療を実施したことを証明します。

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------|----------|---|---|------|
| (ふりがな) | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日(歳) |
| 夫の名前 | | | | | | |
| (ふりがな) | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日(歳) |
| 妻の名前 | | | | | | |
| 助成対象となる 不妊検査・一般不妊治療期間※1 | 夫 | 年 月 日 から 年 月 日まで | | | | |
| | 妻 | 年 月 日 から 年 月 日まで | | | | |
| 助成対象となる不妊検査・一般不妊治療 に係る患者負担(領収)額※2 | (検査開始日から最長2年間の患者負担額について証明してください) | | | | | 円 |
| 検査の内容 | 男性の検査 | | | 女性の検査 | | |
| | <input type="checkbox"/> 精液検査 <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"/> その他 () | | | <input type="checkbox"/> 内診・経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 実施した治療 (予定を含む) | <input type="checkbox"/> 卵胞観察(タイミング療法) (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 薬物療法等 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 人工授精 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 体外受精 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 顕微授精 (<input type="checkbox"/> 当院で実施 ・ <input type="checkbox"/> 他医療機関を紹介) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 院外処方の有無 | <input type="checkbox"/> 有 | | | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| その他特記事項 | | | | | | |

注) 夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、まとめて記入してください。夫と妻が別々の医療機関で受診した場合は、それぞれの医療機関で記入してください。

※1) 貴医療機関において助成対象となる不妊検査・一般不妊治療を行った期間(2年以内)を記入してください。

※2) 貴医療機関において実施した助成対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る費用の患者本人負担額(当該証明書の発行に係る文書料を徴収する場合にはその金額との合計額)を記入してください。