

不妊検査実施証明書

年 月 日

（宛先）富士見市長

所在地

医療機関

主治医氏名



（主治医が自署又は記名押印）

次のとおり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		生年月日	年 月 日（ 歳）
夫の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の名前			
不妊検査期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日		
補助対象期間※1	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ~ 1年間		
A 補助対象となる不妊検査に係る患者負担 （領収）額 ※2 （指定医療機関又は補助対象医療機関分）			円
B 補助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）	医療機関名（ ）		円
A + B		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 type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 超音波検査	
		<input 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"/> クラミア抗体検査又は核酸増幅検査	
		<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：この証明書を作成する際には、次に掲げる事項に注意してください。

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。

補助対象医療機関：夫と妻がそれぞれ別の補助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、そのどちらか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 の場合

不妊検査期間は、H30.3.1~H31.3.31 となります。

補助対象期間は、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補助対象外）となります。

※2：指定医療機関に限り、補助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：他の助成金等を受けていない不妊検査に係る経費であること。