

大分県 妊活応援検診費助成事業 受診等証明書
大分市

令和 年 月 日

医療機関の所在地

名称

主治医氏名

印

(主治医が自署または記名押印)

下記のとおり検査を実施したことを証明します。

※医療機関記入欄

	夫	妻
ふりがな		
受診者氏名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
検査期間 ※1	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
不妊検査等内容 ※2 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供料 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供料 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
患者負担(領収)額	円 ※裏面の④欄の金額と一致させてください。	

裏面の記入もお願いします。

※記載要領及び注意事項も裏面に掲載しています。

※医療機関で記入をお願いします。

患者負担(領収)額内訳						
検査年月日	夫(氏名)			妻(氏名)		
	患者負担(領収)額 ※3			患者負担(領収)額 ※3		
	保険診療分	保険診療以外	計	保険診療分	保険診療以外	計
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
令和 年 月 日	円	円	円	円	円	円
計	円 … ①			円 … ②		
本証明書にかかる 文書料 ※4	円…③					
患者負担(領収)額 合計(①+②+③)	円 …④			←表面の「患者負担(領収)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。

令和 年 月 日 医療機関の所在地
名 称
電話番号

印

医療機関ご担当者様

- この証明書は、大分県及び大分市が実施している『不妊検査費(妊活応援検診費)助成事業』において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。
- 証明書を発行していただく際は、以下の点にご留意のうえ、ご記入くださるようお願いいたします。
なお、記載内容等にご不明な点等がございましたら、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

【注意事項】

- ①この助成は、**医師が必要と認めた不妊検査が対象**です。
- ②**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、助成対象となる上記①の不妊検査を行った期間(1年以内)を記入してください。
複数日にわたり検査を行った場合は、最初の検査日と最後の検査日を記入してください。
- ※2) 検査項目に指定はありません。表中記載の項目以外の検査については、「その他」欄に記入してください。
- ※3) 検査期間内に行った検査に要した費用のうち、**自己負担(領収)額**(保険診療分の場合は、医療保険各法による療養の給付を除いた額)を記入してください。
- ※4) 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。

【お問い合わせ先】 大分県福祉保健部こども未来課 こども企画班
TEL:097-506-2718(直通) FAX:097-506-1739
大分市福祉保健部保健所健康課
TEL:097-536-2562(直通) FAX:097-532-3250