

不育症検査

【注意事項】

- ・ 令和5年4月1日以降(表面(8)の検査は令和4年12月1日以降)に開始した検査について記入してください。
- ・ 助成の対象となる検査は、表面に記載されている検査のみです。
不妊症のために行われた検査は対象外ですので、記載しないでください。
- ・ 文書料など、不育症検査に直接関係のない費用は対象外ですので、記載しないでください。
- ・ 証明欄が不足する場合は、この面をコピーして作成してください。
- ・ 夫と妻が同じ医療機関で検査を受けた場合は、1枚の用紙にまとめて記入してください。

【この事業における流産の考え方】

- ・ 反復流産及び習慣流産を指します。生化学的妊娠(化学流産)、着床不全は含みません。

医療機関証明欄

		夫(氏名)			妻(氏名)		
診療月	表面(1)から(7)までの検査について、記入してください。						
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
診療月	表面(8)での検査について、記入してください。						
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	
(1)から(8)までの 合計	円			円			

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の 名称

所在地

電話番号

領収印