

# 不妊検査医療機関受診等証明書

(宛先) 金沢市長

年 月 日

医療機関等 住所  
医療機関名  
代表者

下記のとおり不妊検査を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
夫の名前			( 歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日
妻の名前			( 歳)
助成対象となる不妊検査期間 (夫または妻の検査開始日から1年以内)	夫	年 月 日～	年 月 日
	妻	年 月 日～	年 月 日
A 助成対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額 ※ (主治医の属する医療機関分)	円		
B 助成対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額 ※ (主治医の属する医療機関と連携する医療機関分)	医療機関名	円	
		円	
A + B	円		
検査の内容 (該当するものに☑)	男性の検査	女性の検査	
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 頸管因子検査(性交後試験含む) <input type="checkbox"/> クラミジア検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
現在の状況 (予定を含む) (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 不妊検査のみ <input type="checkbox"/> タイミング指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注意：この証明書は、金沢市不妊検査費助成事業における医療機関が記載してください。

(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の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。)

※ 助成対象となる患者負担(領収)額は、他制度の助成に係る証明書で計上した検査費用を除いてください。