

## 福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業受診等証明書

福井県知事 様

年 月 日

(不妊検査・一般不妊治療実施医療機関)

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

下記のとおり、福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業の対象となる不妊検査および一般不妊治療を行っ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	( )	( )
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
検査・治療 開始日(※1)	年 月 日	年 月 日
助成対象となる 診療期間 (※2)	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
受診者負担額 (※3)	円	
検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <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"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
治療内容 (予定)	<input type="checkbox"/> 待機療法 (タイミング指導) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 (令和4年3月31日以前に実施したものに限り) <input type="checkbox"/> 手術療法 (内容 ) <input type="checkbox"/> その他	
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 院外処方を行った日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

<注意> 夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、一枚に記入してください。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。特定不妊および不育症に係る検査及び治療は、本事業の対象外です。

- (※1) 平成30年1月1日以降に、夫婦が共に検査を開始した場合(3か月以内)が助成対象となります。  
(※2) 平成30年4月1日以降に受けた検査や治療で、期間は検査開始日から最大2年間です。  
(※3) 助成対象となる診療期間(※2)の受診者負担額を記載ください。  
当該証明書の発行に係る文書料を徴収する場合は、その金額も含め記入してください。  
入院食事療養費、差額ベッド代は助成対象外です。