

尼崎市不妊を心配する方へのペア検査(不妊ペア検査)助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊の検査を実施し、これにかかる医療保険適用外の検査費を下記のとおり領収したことを証明します。また、今回の検査は治療の一環で実施したものではありません。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

	夫	妻
フリガナ		
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)
初回受診日 (夫婦の受診間隔が 3か月以内)	年 月 日	年 月 日
今回の検査期間 検査終了日 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日 (検査開始時妻年齢: 歳)	
今回の検査内容	男性の検査	女性の検査
今回の検査に 要した金額 (※2)	_____ 円	_____ 円
	合計金額 _____ 円	
確認事項	<input type="checkbox"/> 下記3項目について、全てに該当します。 (3項目全て該当すれば助成対象者となります。) ① 不妊治療の一環の検査ではありません。 ② 不妊治療または不育症治療の効果を確認するための検査ではありません。 ③ ブライダルチェックではありません。	
今回の検査による治療の必要性の有無		今回の検査による不妊治療の有無
有	無	不明
有	無	不明

※1:検査期間については、初診の日から検査終了日までを記載してください。

※2: 今回の検査期間における領収金額(医療保険適用外の医療費)を記載してください。

記載の領収金額を満了領収書を申請時に持参してください。