

【注意事項】

- ・平成31年4月1日以後に実施した検査は対象となります。
- ・助成の対象となる検査は、不妊検査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。
- ・助成対象期間（検査開始日から1年間）の内に実施された診療分について記載してください。
- ・検査を継続中に作成する場合は、最後に来院した日にちを記載してください。
- ・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。

【この事業における流産の考え方】

- ・反復流産及び習慣流産のことを指しています。生化学的妊娠（化学流産）、着床不全は含みません。

対象となるのは、検査開始日から1年間の内に実施した検査（表面でチェックが入った不育症検査）に係る費用のみです。

医療機関証明欄

夫(氏名)		妻(氏名)	
表面(1)から(6)までの検査について、記入してください。			
診療月	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
表面(7)の検査について、記入してください。			
診療月	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
(1)から(7)までの 合 計	円		円

夫と妻それぞれの検査にかかった窓口領収金額を記載してください。
なお、夫の費用が妻の費用に含まれる場合には、余白にその旨を記入してください。

なお、夫が検査を行っていない場合は、妻の費用のみの記載で問題ありません。

先進医療として告示された不育症検査を実施した場合は、こちらの欄に分けて記入してください。

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の 名称

所在地

管理者氏名

電話番号

問い合わせ等をさせていただきます場合もありますので、担当者の方のお名前と連絡先を記入してください。

医療法人
東京会
東京病院

医療機関コード

		1							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

担当者氏名
