

山形県不妊検査費助成事業受診等証明書

下記のとおり、山形県不妊検査費助成事業の対象となる検査を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名（自署または記名押印）

【医療機関記入欄】

		男性	女性
受診者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
検査開始日	令和 年 月 日から	令和 年 月 日から	
検査終了日	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで	
助成対象となる検査に係る患者負担（領収）額※	(検査開始日から1年以内の患者負担額となります。本証明書への記載料も対象です。)		円
検査内容等	<input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 風疹抗体価検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 泌尿科的検査 <input type="checkbox"/> その他の検査 ・ ・	<input type="checkbox"/> 初診料 <input type="checkbox"/> 再診料 <input type="checkbox"/> 抗ミューラー管ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 風疹抗体価検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> その他の検査 ・ ・	
今後の方針	<input type="checkbox"/> 自然妊娠をめざす <input type="checkbox"/> 妊娠に向けて不妊治療が必要	<input type="checkbox"/> 妊娠に向けて詳細な検査が必要 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

注) ①この証明書は、山形県が実施している『山形県不妊検査費助成事業』において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。

②夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から1年以内に双方の検査が終了（医師の結果説明を含む）した場合が助成の対象となります。

③夫と妻が同じ医療機関で検査した場合は、まとめて記入ください。夫と妻が別の医療機関で検査した場合は、それぞれの医療機関で記入ください。

④この助成は、医師が必要と認めた不妊検査が対象です。検査項目に指定はありません。

⑤令和6年4月1日以降に受けた不妊検査が助成の対象です。

⑥これまでに不妊治療（人工授精、体外受精、顕微授精）を行っている（行った）場合は、対象外です。

※次の費用は助成の対象とはなりません。

- ・不妊症のための検査や婦人科検診、不妊治療に係る費用
- ・入院食事療養費、差額ベッド代等、検査に直接関係のない費用

【問い合わせ先】
山形県しあわせ子育て応援部
子ども成育支援課母子保健担当
TEL 023-630-2347
FAX 023-632-8238
Email ykodomoseiiku@pref.yamagata.jp