

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

申請者が同一医療機関において複数科を受診し検査を実施した場合、受診等証明書の作成は一医療機関で1枚としてください。

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）

【受診等証明書の作成に係るお願い】
医療機関記入欄について、主治医以外が記入することも可能としますが、最終的に主治医より内容を確認いただきますようお願いいたします。

【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 年 月 日	昭和 年 月 日
検査開始日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
検査終了日	令和 年 月 日まで	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 ・ ・	
	<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（ ）	

夫婦どちらも検査していれば、患者負担（領収）額が上限の3万円を超えた段階で申請することが可能です。ただし、3万円を超えた時点で、医療機関において、一旦、検査終了とみなして、医療機関が受診等証明書を記載した場合に限ります。

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

- ② 受診等証明書のデータが必要な医療機関におかれましては、下記担当までにご連絡ください。
- ③ **【担当】**
- ④ 山形県しあわせ子育て応援部子ども成育支援課
- ⑤ **【メール件名】**
- ⑥ 令和6年度山形県不妊検査費助成事業様式希望
- ※ **【メールアドレス】**
ykodomoseiiku@pref.yamagata.jp

・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

が終了（医師の結果説明を含む）
夫と妻が別の医療機関で検査
指定はありません。
（行った）場合は、対象外

【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