

不妊検査等助成事業受診等証明書

夫婦が別々の医療機関で検査を行った場合は、夫婦それぞれに本証明書が必要となります。

令和〇〇年 〇月××日

東京都知事 殿

医療機関の名称及び所在地 医療法人東京会東京病院
新宿区××町281番地

電話番号 03-53〇〇-××××

主治医氏名 福保 次郎



証明書の内容について、問い合わせをさせていただきますことがあります。

対象となる不妊検査及び一般不妊治療を行ったことを証明します。

主治医記入欄		この事業における検査期間の終期は、 1 自己負担額が5万円を超えたとき。 2 検査が終了したとき。 3 検査開始日から1年が過ぎたとき。 のいずれかです。		検査開始日に妻が40歳に達している場合には、本事業の対象外です。	
フリガナ	受診者氏名	都庁	花子	平成 〇〇年	△月 〇日 (29歳)
検査期間	〇〇年 6月 15日 ~ 〇〇年 7月 20日	〇〇年 4月 1日 ~ 〇〇年 11月 25日	<input checked="" type="checkbox"/> 精液検査	<input checked="" type="checkbox"/> 内分泌検査	<input checked="" type="checkbox"/> 超音波検査
	<input type="checkbox"/> 精子受精能検査	<input type="checkbox"/> 画像検査	<input type="checkbox"/> 感染症検査	<input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査	<input type="checkbox"/> 頸管粘液検査
	<input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査	<input type="checkbox"/> その他	フナーテストを実施した場合は記入してください。		
	<input checked="" type="checkbox"/> フナーテスト(実施日: 〇〇年 7月 20日)		証明書作成時に治療が継続している場合には、証明書の作成日及び「治療継続中」と記入してください。		
治療期間	〇〇年 8月 1日 ~ 〇〇年 12月 31日		<input checked="" type="checkbox"/> 待機療法(タイミング指導)	<input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法	<input checked="" type="checkbox"/> 人工授精
治療内容	<input type="checkbox"/> 手術療法		特定不妊治療及び不育症に係る検査及び治療は本事業の対象外です。		
院外処方	〇〇年 6月 12日		一般不妊治療を行った場合は記入してください。 この事業における治療期間の終期は、 1 自己負担額が5万円を超えたとき。 2 治療が終了したとき。 3 検査開始日から1年が過ぎたとき。 のいずれかです。		
院外処方を行った日	〇〇年 8月 9日		上記の検査及び治療期間内において、院外処方を行った場合に記入してください。		
	〇〇年 9月 10日		年 月 日		
	〇〇年 10月 6日		年 月 日		

受給者番号(東京都が記載)