

不妊検査等助成事業受診等証明書

東京都知事 殿

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

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	
フリガナ 受診者氏名 受診者生年	都庁 花子 平成 〇〇年 △月 □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
検査内容	<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 checked="" type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 精子受精能検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症検査 <input checked="" type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> その他 その他
検査期間内に行った検査にチェック☑を入れてください。その他に該当するときは()内に検査内容を記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/> フーナーテスト(実施日: 〇〇年 7月 20日) フーナーテストを実施した場合は記入してください。
治療期間	〇〇年 8月 1日 ~ 〇〇年 12月 31日
治療内容	<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 <input type="checkbox"/> 手術療法
院外処方	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。
院外処方を行った日	〇〇年 6月 12日 〇〇年 8月 9日 〇〇年 9月 10日 〇〇年 10月 6日

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。

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。

証明書作成時に治療が継続している場合には、証明書の作成日又は「治療継続中」と記入してください。

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。

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。

受給者番号(東京都が記載)