

文京区男性不妊検査費助成事業受診等証明書

以下の者については、男性不妊検査を実施し、これに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

(医療機関)

名 称

所 在 地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

(フリガナ) 受診者氏名	対象者	()	配偶者	()
受診者生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
検査項目	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 ※該当する項目にチェックしてください。 (両方にチェックがない場合、助成対象とはなりません。)			
検査日	年 月 日			
領収金額	[今回の男性不妊検査にかかった金額(保険適用外に限る。)] 領収金額 円 _____			

(男性不妊検査を実施する医療機関の方へ)

文京区は、平成27年度から男性不妊検査費用助成事業を開始しました。この証明書の記入に当たっては、以下の点にご注意ください。

- ・当事業は、精液検査及び内分泌検査を保険外診療で行った場合に限り、助成対象となります。