

年 月 日

(宛先) 白井市長

所在地： _____
医療機関名： _____
診療科名： _____
主治医氏名： _____

白井市早期不妊検査実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

医療機関記入欄

☐ 当医療機関は、保険適用となっている不妊に関する治療・検査について、保険診療で実施している。(該当することを確認の上、 ☐ に✓を記載)								
対象者	男	ふりがな		生年	昭和	年	月	日 (歳)
		氏名		月日	平成			
		検査期間	年 月 日	～	年 月 日			
	女	ふりがな		生年	昭和	年	月	日 (歳)
氏名			月日	平成				
検査期間		年 月 日	～	年 月 日				
助成対象の期間					年 月 日			
※対象者の検査開始日を記載(男女両方の検査を証明する場合は対象者の検査開始日のうち、いずれか早い日を記載)					～ 1年間			
助成対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額			合 計		円			
			内 訳	初(再)診料等	円			
				検査料等	円			
				文書料	円			
検査種類	男性の検査(下記該当項目に✓)				女性の検査(下記該当項目に✓)			
不妊検査 他の助成金を受けていない 不妊検査に係る経費	☐ 精液検査(精液量、精子濃度、精子運動率、正常形態率等)				☐ 基礎体温測定			
	☐ 内分泌検査(卵胞刺激ホルモン、黄体化ホルモン、テストステロン、乳汁分泌ホルモン等)				☐ 超音波検査			
	☐ 画像検査(陰嚢超音波検査等)				☐ 内分泌検査(黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストロゲン、乳汁分泌ホルモン、テストステロン測定等)			
	☐ 感染症検査				☐ AMH 検査			
	☐ 精子受精能検査				☐ 感染症検査			
	☐ 染色体・遺伝子検査				☐ 卵管疎通性検査(卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等)			
	☐ その他 ()				☐ 頸管因子検査(頸管粘液検査、フナー検査等)			
					☐ 染色体・遺伝子検査			
				☐ その他 ()				