

三郷市不妊検査実施証明書

三郷市長 あて

年 月 日

所在地： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医氏名： \_\_\_\_\_

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

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
夫の氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
妻の氏名			
不妊検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象の期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ~ 1年間		
助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額	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	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 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、プロゲステロン、テストステロン測定等） <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮管造影、超音波下卵管通水法等） <input type="checkbox"/> 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） <input type="checkbox"/> その他（                      ）	