

三郷市不妊検査費助成に係る実施証明書

三郷市長 あて

次のとおり、標記助成の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

年 月 日

（不妊検査実施医療機関）所在地

医療機関名 印

電話番号

主治医氏名 印

（主治医が自署又は記名押印）

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
夫氏名						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
妻氏名						
不妊検査期間	年 月 日から 年 月 日まで					
助成対象の期間	（夫または妻の検査開始日のうち、いずれか早い日） 年 月 日から1年間					
A	助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額 （指定医療機関又は助成対象医療機関分）					円
B	助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額 （指定医療機関と連携する医療機関分）					円
	医療機関名					円
A + B					円	
検査の内容 (該当するものに☑)	男性の検査		女性の検査			
	精液検査 その他()		基礎体温測定 超音波検査 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、プロラクチン、 テストステロン測定等） クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 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） 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） その他()			
現在の状況 (予定を含む) (該当するものに☑)	不妊症検査 タイミング指導 その他()		人工授精 体外受精・顕微授精			

注意：この実施証明書は、特定不妊治療費助成事業における指定医療機関または助成対象医療機関が記載してください。