

第2号様式（第6条）

年 月 日

(あて先) 印西市長

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

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	年 月 日 (歳)
		氏名		月 日	
		検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	女	ふりがな		生年	年 月 日 (歳)
		氏名		月 日	
		検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象の期間 ※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、どちらか早い日を記載）				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		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、エストラジオール、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）		
	☐ 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 ()			