

## 第2号様式（第6条第1項第1号）

年 月 日

東金市長 様

所 在 地 : \_\_\_\_\_  
医療機関名 : \_\_\_\_\_  
診療科名 : \_\_\_\_\_  
主治医氏名 : \_\_\_\_\_

## 東金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

|                                                                                            |                                                                    |       |                                                                                     |          |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 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✓を記入） |                                                                    |       |                                                                                     |          |                |
| 対象者                                                                                        | 男                                                                  | ふりがな  |                                                                                     | 生年<br>月日 | 年 月 日（ 歳）      |
|                                                                                            |                                                                    | 氏名    |                                                                                     |          |                |
|                                                                                            |                                                                    | 検査期間  | 年 月 日                                                                               | ～        | 年 月 日          |
|                                                                                            | 女                                                                  | ふりがな  |                                                                                     | 生年<br>月日 | 年 月 日（ 歳）      |
| 氏名                                                                                         |                                                                    |       |                                                                                     |          |                |
| 検査期間                                                                                       |                                                                    | 年 月 日 | ～                                                                                   | 年 月 日    |                |
| 助成対象期間<br>※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<br>は対象者の検査開始日のうちいずれか早い日を記入）                         |                                                                    |       |                                                                                     |          | 年 月 日<br>～ 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                                                                              | 円        |                |
|                                                                                            |                                                                    |       | 検査料                                                                                 | 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<br>他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費                                                              | <input type="checkbox"/> 精液検査                                      |       | <input type="checkbox"/> 基礎体温測定                                                     |          |                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> 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） |       | <input type="checkbox"/> 超音波検査                                                      |          |                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> 画像検査（陰嚢超音波検査等）                            |       | <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"/> 感染症検査                                     |       | <input type="checkbox"/> AMH 検査                                                     |          |                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> 精子受精能検査                                   |       | <input type="checkbox"/> 感染症検査                                                      |          |                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査                                 |       | <input type="checkbox"/> 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）                           |          |                |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                    |       | <input type="checkbox"/> 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等）                                      |          |                |
|                                                                                            |                                                                    |       | <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査                                                  |          |                |
|                                                                                            |                                                                    |       | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                     |          |                |
|                                                                                            |                                                                    |       |                                                                                     |          |                |