第２号様式（第６条第１項第１号）

年　　月　　日

大網白里市長　様

所　在　地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

大網白里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		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）
		氏名			
		検査期間	年　月　日　～　年　月　日		
	女	ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）
		氏名			
		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、いずれか早い日を記載）			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		
		内訳 検査料等	円		
		内訳 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） ☐　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） ☐　画像検査（陰嚢超音波検査等） ☐　感染症検査 ☐　精子受精能検査 ☐　染色体・遺伝子検査 ☐　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、ｴｽﾄﾗｼﾞｵｰﾙ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ、ﾌﾟﾛｹﾞｽﾃﾛﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ測定等） ☐　AMH 検査 ☐　感染症検査 ☐　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） ☐　頸管因子検査（頸管粘液検査、ﾌｰﾅｰ検査等） ☐　染色体・遺伝子検査 ☐　その他（　　）