様式第２号（第６条第１項第１号）

年　　月　　日

四街道市長　様

所　在　地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

# 四街道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 | 年　月　日（　歳） |
| | | 氏名 | | | |
| | | 検査期間 | (検査開始日は R8.10.1 以降)　年　月　日　～　年　月　日 | | |
| | 女 | ふりがな | | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| | | 氏名 | | | |
| | | 検査期間 | (検査開始日は R8.10.1 以降)　年　月　日　～　年　月　日 | | |
| 助成対象の期間（R8.10.1 以降）<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<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<br>上記検査期間における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）<br>☐　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）<br>☐　画像検査（陰嚢超音波検査等）<br>☐　感染症検査<br>☐　精子受精能検査<br>☐　染色体・遺伝子検査<br>☐　その他（　　） | ☐　基礎体温測定<br>☐　超音波検査<br>☐　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）<br>☐　AMH 検査<br>☐　感染症検査<br>☐　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）<br>☐　頸管因子検査（頸管粘液検査、ﾌｰﾅｰ検査等）<br>☐　染色体・遺伝子検査<br>☐　その他（　　） |