

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

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

鎌ヶ谷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	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 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 ☐ 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、プロゲステロン、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、フナー検査等） ☐ その他（ ）			