

様式第2号(第6条関係)

不妊検査及び一般不妊治療受診等証明書

年 月 日

神栖市長 様

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

次のとおり、不妊検査又は一般不妊治療を行ったことを証明します。

	夫			妻				
フリガナ								
受診者氏名								
生年月日	年	月	日 (歳)	年	月	日 (歳)		
診療期間	年	月	日 (初検査日)	年	月	日 (初検査日)		
	～	年	月	日	～	年	月	日
検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査、 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 精子受精機能検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 ()				
治療内容	<input type="checkbox"/> 待機療法 (タイミング指導) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法 手術の内容 () <input type="checkbox"/> その他 ()							
院外処方	<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし				
院外処方を行った日	年	月	日	年	月	日		
	年	月	日	年	月	日		
	年	月	日	年	月	日		
	年	月	日	年	月	日		
	年	月	日	年	月	日		
領収金額 (今回の治療 で支払った 合計金額)	※入院時食事療養費、差額ベッド代及び文書料は、助成対象外のため除いてください。 ※保険診療分の欄は、保険診療のうち受診者の自己負担額を記入してください。							
	夫			妻				
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計		
	円	円	円	円	円	円		