

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 | | |