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。

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">夫</td><td colspan="3">妻</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受診者氏名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　月　日（　　歳）</td><td colspan="3">年　月　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>診療期間</td><td colspan="3">年　月　日（初検査日）
～　年　月　日</td><td colspan="3">年　月　日（初検査日）
～　年　月　日</td></tr>
<tr><td>検査内容</td><td colspan="3">□精液検査　□内分泌検査,
□画像検査　□精子受精機能検査
□染色体・遺伝子検査
□その他
（　　）</td><td colspan="3">□超音波検査　□内分泌検査
□卵管疎通性検査　□頸管粘液検査
□フーナーテスト　□子宮鏡検査
□その他
（　　）</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="6">□待機療法（タイミング指導）　□薬物療法　□人工授精
□手術療法　手術の内容（　　）
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>院外処方</td><td colspan="6">□あり　□なし</td></tr>
<tr><td rowspan="5">院外処方を行った日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">領収金額
(今回の治療で支払った合計金額)</td><td colspan="6">※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。</td></tr>
<tr><td colspan="3">夫</td><td colspan="3">妻</td></tr>
<tr><td>保険診療分</td><td>自費診療分</td><td>計</td><td>保険診療分</td><td>自費診療分</td><td>計</td></tr>
<tr><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
</table>