

美里町長 様

(不妊検査実施医療機関) 所在地
 医療機関名
 代表者
 電話番号
 主治医氏名

美里町早期不妊検査費助成事業に係る実施証明書

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。

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
夫の氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
妻の氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
不妊検査期間※1	年 月 日から 年 月 日まで		
助成対象の期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 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	円		
検査の内容 (該当するものに☑)	男性の検査	女性の検査	
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他()	
現在の状況 (予定を含む。) (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 不妊検査のみ <input type="checkbox"/> タイミング指導 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精	

※1 不妊検査期間は、夫婦合わせた期間を記載すること。その期間は1年以内であること。

※2 助成対象となる患者負担(領収)額は、特定不妊治療費助成の受診等証明書で計上した検査費用を除くこと。