

厚木市早期不妊検査費助成金受診等証明書

年 月 日

(宛 先)
厚木市長

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、厚木市早期不妊検査費助成金の対象となる不妊検査を行ったことを証明します。

	男性	女性
フリガナ		
受診者氏名		
受診者住所		<input type="checkbox"/> 左に同じ
受診者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
検査期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
不妊検査に係る費用	円	
検査内容	今回実施した検査項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 精子受精能検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>
	<input type="checkbox"/> フーナーテスト(実施日: 年 月 日)	

【記入上の注意】

他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費であること。

助成対象とする不妊検査は、不妊症の診断及び治療計画のため医師が必要とするもので医療保険適用、適用外を問いません。

助成対象は、上記検査に係る費用です。入院時の差額室料代、食事代、文書料、物品代、栄養補助食品代等の不妊検査に直接関係しない費用は対象外です。