

戸田市早期不妊検査実施証明書

(宛先)

戸田市長

次のとおり、不妊検査を実施したことを証明します。

年 月 日

(不妊検査実施医療機関) 所在地
 医療機関名
 電話番号
 主治医氏名

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
男性の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
女性の名前			
助成対象となる不妊検査期間※1 年 月 日 ~ 年 月 日まで <small>男性又は女性の検査開始日のうちどちらか早い日</small> 助成対象の期間 年 月 日 ~ 1年を経過する日			
助成対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額		円	
検査種類	男性の検査 (下記該当項目に☑)	女性の検査 (下記該当項目に☑)	
不妊検査 ※2	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査(黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストラジオール、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等) <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 (卵管通気法、子宮管造影、超音波下卵管通水法等) <input type="checkbox"/> 頸管因子検査 (頸管粘液検査、フーナー検査等) <input type="checkbox"/> その他 ()	

※1 : 男性又は女性のみの実施証明書の場合は、そのどちら一方の検査期間を記載してください。

男女双方の検査を証明する場合は男性又は女性の検査開始日のうち、どちらか早い日から検査終了日を記載してください。

※2 : 他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。