様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

（宛先）佐倉市長

所　在　地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

佐倉市早期不妊検査実施証明書

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。

医療機関記入欄

<table>
<tr><td colspan="7">☐　当医療機関は、保険適用となっている不妊に関する治療・検査について、保険診療で実施している。(該当することを確認の上、□に✓を記載)</td></tr>
<tr><td rowspan="6">対象者</td><td rowspan="3">男</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>昭和
平成
令和　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>検査期間</td><td colspan="2">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">女</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>昭和
平成
令和　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>検査期間</td><td colspan="2">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">助成対象の期間
※対象者の検査開始日を記載（男女両方の検査を証明する場合は対象者の検査開始日のうち、いずれか早い日を記載）</td><td colspan="4">年　　月　　日
～　１年間</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額</td><td colspan="2">合　　計</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">内訳</td><td>初(再)診料等</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>検査料等</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>文書料</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>検査種類</td><td colspan="3">男性の検査（下記該当項目に☑）</td><td colspan="3">女性の検査（下記該当項目に☑）</td></tr>
<tr><td>不妊検査
他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費</td><td colspan="3">☐　精液検査（精液量、精子濃度、精子運動率、正常形態率等）
☐　内分泌検査（卵胞刺激ﾎﾙﾓﾝ、黄体化ﾎﾙﾓﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ等）
☐　画像検査（陰嚢超音波検査等）
☐　感染症検査
☐　精子受精能検査
☐　染色体・遺伝子検査
☐　その他（　　）</td><td colspan="3">☐　基礎体温測定
☐　超音波検査
☐　内分泌検査（黄体化ﾎﾙﾓﾝ、卵胞刺激ﾎﾙﾓﾝ、ｴｽﾄﾗｼﾞｵｰﾙ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ、ﾌﾟﾛｹﾞｽﾃﾛﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ測定等）
☐　AMH 検査
☐　感染症検査
☐　卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等）
☐　頸管因子検査（頸管粘液検査、ﾌｰﾅｰ検査等）
☐　染色体・遺伝子検査
☐　その他（　　）</td></tr>
</table>