

国富町不妊検査等助成事業 検査実施証明書 兼 受領証明書

年 月 日

国富町長 殿

医療機関の名称
及び所在地
電話番号
主治医氏名

印

※主治医・医療機関記入欄

下記のとおり、国富町不妊検査費等助成事業の対象となる不妊検査を実施し、検査費用を領収したことを証明します。

受検者氏名			
夫		妻	
フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	
生年月日 年 月 日 (歳)		生年月日 年 月 日 (歳)	
検査期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
検査名	受検者負担額	検査名	受検者負担額
精液検査	円	FSH(卵胞ホルモン)検査	円
その他の検査・調剤等		LH(黄体化ホルモン)検査	円
	円	E2:エストロゲン(卵胞ホルモン)検査	円
	円	P4:プロゲステロン(黄体ホルモン)検査	円
	円	アンチミュラ-管ホルモン検査	円
	円	経腹超音波検査	円
	円	経膣超音波検査	円
	円	子宮卵管造影検査	円
	円	卵管通気検査・通水検査	円
	円	子宮頸管粘液検査	円
	円	ヒューナーテスト	円
	円	甲状腺機能検査	円
	円	プロラクチン検査	円
	円	感染症検査(クラミジア・淋菌)	円
	円	腫瘍マーカー(CA125等)	円
	円	その他の検査・調剤等	
	円		円
	円		円
	円		円
①検査・調剤等費用(夫婦合計)			
②文書料(証明書)			
※実施した検査に○印をご記入ください。		合計(①+②)	

※対象となる検査は、不妊の原因を調べるために医師が必要と認めたものです。

※助成対象期間(検査開始日の属する月から起算して12月以内)内の診療分について記載してください。

※医療保険適用の有無は問いません。

※夫の検査費用を妻の検査費用に含む場合は、その旨を余白等に記載してください。