

年 月 日

（宛先）流山市長

所在地： _____
医療機関名： _____
診療科名： _____
主治医氏名： _____

流山市早期不妊検査実施証明書

次のとおり、貴市の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

☐ 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医療機関である。（該当することを確認の上、□に✓を記載）								
対象者	男	ふりがな		生年	年	月	日（ 歳）	
		氏名		月日				
		検査期間	年	月	日	～	年	月
	女	ふりがな		生年	年	月	日（ 歳）	
		氏名		月日				
		検査期間	年	月	日	～	年	月
助成対象の期間 ※対象者の検査開始日（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）及び検査終了を記載					検査開始日	年	月	日
					検査終了日	年	月	日
助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額		合 計		円				
		内 訳	初（再）診料等	円				
			検査料等	円				
			文書料	円				
不妊検査	男性の検査（項目 ☒ 及び検査日の記入）			女性の検査（項目 ☒ 及び検査日の記入）				
	検査の種類		検査実施日	検査の種類		検査実施日		
	☐ 精液検査（精液量、精子濃度、精子運動率、正常形態率等）		年 月 日	☐ 基礎体温測定		年 月 日		
	☐ 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）		年 月 日	☐ 超音波検査		年 月 日		
	☐ 画像検査（陰嚢超音波検査等）		年 月 日	☐ 内分泌検査（黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストロゲン、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）		年 月 日		
	☐ 感染症検査		年 月 日	☐ AMH 検査		年 月 日		
			☐ 感染症検査		年 月 日			
			☐ 卵管疎通性検査		年 月 日			

	☐ 精子受精能検査	年 月 日	(卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等)	
	☐ 染色体・遺伝子検査	年 月 日		
	☐ そ の 他	年 月 日		
	()			
			☐ 頸管因子検査	年 月 日
			(頸管粘液検査、 フナ-検査等)	
			☐ 染色体・遺伝子検査	年 月 日
			☐ そ の 他	年 月 日
			()	