様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

川南町不妊検査費助成金受診等証明書

医療機関　　名　　　称

所　在　地

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者については、次のとおり不妊検査を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄（太枠内は、主治医が御記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  受診者氏名 | | 男　性 | （　　　　　　　　　　　　） | 女　性 | （　　　　　　　　　　　　） |
| 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 | |
| 検査内容 | | 該当する項目に✔してください。  □精液検査　　　　□内分泌検査  □精子受精能検査　□画像検査  □感染症検査  □染色体・遺伝子検査  □その他 | | 該当する項目に✔してください。  □超音波検査　　　□内分泌検査  □感染症検査　　　□頸管粘液検査  □卵管疎通性検査  □子宮鏡検査  □その他 | |
| □フーナーテスト（実施日：　　　　年　　月　　日） | | | |
| 領収金額 | 領収年月日  年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日  検査（文書料を除く。）にかかった金額合計  領収金額　　　　　　　　　　　円 | | | |