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 |