

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。 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 精子受精能検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		該当する項目に✓してください。 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 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			