

高鍋町不妊検査費助成金給付医療機関証明書

年 月 日

高鍋町長 殿

医療機関の名称
及 び 所 在 地

電 話 番 号

主 治 医 氏 名

※医療機関 記入欄

下記のとおり、高鍋町不妊検査費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(黄体化ホルモン)検査	円
☐		円	☐	アンチミュラー管ホルモン検査	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	☐	腫瘍マーカー検査(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)		円			
②文書料(証明書)		円			
合計(①+②)			円		

※ 実施した検査に○印をつけてください。
※ 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。