

年 月 日

# 不妊検査等助成事業受診等証明書

中野区長宛て

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

下記のとおり、不妊検査及び一般不妊治療を行ったことを証明します。

## 主治医記入欄

	夫	妻		
(フリガナ)				
受診者氏名				
受診者生年月日	年 月 日( 歳)	年 月 日( 歳)		
診療期間				
検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 精子授精能検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他  ( )	<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"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他  ( )		
治療内容	<input type="checkbox"/> 待機療法(タイミング指導) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法 手術の内容  ( )			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
院外処方を行った日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

受給者番号(区記載)

医療機関証明欄						
診療月	夫(氏名 )			妻(氏名 )		
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
合計			円			円

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関コード

		1							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

医療機関の 名称  
所在地

担当者氏名

管理者氏名  
電話番号

(印)

薬局証明欄					
調剤年月日	領収金額	調剤年月日	領収金額	調剤年月日	領収金額
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円	年 月分	円
合計					円

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関コード

		4							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

薬局の 名称  
所在地

担当者氏名

管理者氏名  
電話番号

(印)