

様式第2号（第5条関係）

不妊検査受診等証明書

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

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

※自署しないときは、押印してください。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな			
受診者氏名	夫		妻
受診者生年月日		年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
実施した検査内容	男性の検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等） <input type="checkbox"/> その他 ・ ・ ・	女性の検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等） <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 抗ミュラー管ホルモン検査 <input type="checkbox"/> その他 ・ ・ ・	
今回の検査期間		年 月 日～	年 月 日
領収金額			円 ※

※領収金額（食事代、個室代、容器代、文書料等直接検査に要しない費用を除く）を記載してください。

※夫と妻が同じ医療機関で検査を受けた場合は、1枚の用紙にまとめて記入してください。

異なる医療機関で検査を受けた場合は、医療機関ごとに用紙を分けて記入してください。

※妻の年齢が、不妊検査を開始した日において43歳未満である場合に対象となります。