

男性不妊検査費助成事業受診等証明書

下記のとおり、島根県男性不妊検査費助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名



医療機関記入欄(主治医が記入すること)

受診者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭和 平成	年 月 日
助成対象となる不妊検査期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
助成対象となる不妊検査にかかる領収金額		円			
検査の内容		<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 触診 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療の予定 (該当するもの全てに☑)		<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 精路再建手術 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 <input type="checkbox"/> 精巣精子採取術 			

※検査の内容は、医療保険適用外となる男性不妊検査についてご記入ください。

※助成対象となる不妊検査にかかる領収金額には検査費用に加え、文書料も含まれます。