

不妊検査助成受診証明申込書(書類代¥2,200)

★申請ご希望の際は、書類申込書と医療機関記入用紙(様式第2号)を必ずご準備のうえ受付に提出ください

申込日 年 月 日

妻氏名 ふりがな [診察券番号:] S・H 年 月 日

夫氏名 ふりがな [診察券番号:] S・H 年 月 日

地域

●申請にあたり、下記条件を必ず確認してください。※助成上限額に満たない場合も申請は可能

- ☐ 夫婦共に対象の検査を実施している
- ☐ 他の地方公共団体で助成を受けていない
- ☐ 申請期限内である（「検査開始から1年以内の日」と「検査終了日」の早いほうが属する年度の末日(3月31日)）
- ☐ 居住する自治体の条件を全てクリアしている

	夫	妻
検査内容	☐ 精液検査 ☐ 酸化ストレス検査 ☐ 感染症採血検査 ☐ 超音波検査 ☐ その他（ ）	☐ 基礎ホルモン検査 ☐ 子宮鏡検査 ☐ 卵管造影検査 ☐ 感染症採血検査 ☐ 超音波検査 ☐ フーナーテスト ☐ 黄体期検査 ☐ 私費検査 ☐ その他（ ）
証明期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日

◆受取方法（申込みより1～2週間かかります）

☐ メール連絡後来院にて受取 ※予約システムに登録頂いているメールアドレスにご連絡します。

☐ ヤマトセキュリティ便にて郵送希望〔東北・関東・信越〕（¥583 税込み）

住所（アパート名まで記入してください）

〒 電話番号

※郵送時病院名を明記してもよろしいでしょうか はい ・ いいえ

* 尚、東北・関東・信越以外のご住所は郵送方法が異なります。受付へお申し出ください。

～連絡欄～	受付	領収	確認	連絡・発送	日付