

様式第2号（第7条関係）

不育症検査及び不育症治療受診等証明書

年 月 日

つくば市長 宛て

医療機関の名称及び所在地  
電話番号  
主治医氏名

次のとおり、不育症検査及び不育症治療を行ったことを証明します。

	夫	妻	
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)	
検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
検査内容	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査（超音波検査） <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
治療内容	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）  ※妊娠中の治療の場合は出産予定日を記入してください。（ 年 月 日）		
院外処方	<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
領収金額	_____ 円 ※保険適用外の検査、治療及び当該治療にかかる薬剤に要した費用が対象です。 ※入院時食事療養費、差額ベッド代及び文書料その他治療に直接関係のない費用は、助成対象外のため除いてください。 ※茨城県不育症検査費助成事業の対象となる検査費用は助成対象外です。		