

大阪市不妊検査費助成事業受診等証明書

次の者について、大阪市不妊検査費助成事業の対象となる不妊検査を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
及 び そ の 名 称

主 治 医 氏 名

医療機関記入欄

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳) 西暦	昭和 平成 年 月 日 (歳) 西暦
婚姻関係の確認	上記患者に対して婚姻関係の有無(事実婚含む)の確認をしましたか。 ☐ はい ☐ いいえ	
	夫	妻
検査開始日	年 月 日	年 月 日
検査終了日	年 月 日	年 月 日
実施した 不妊検査	<u>男性の検査</u> ☐ 精液検査 ☐ 内分泌検査(ホルモン検査等) ☐ 感染症検査(クラミジア、B・C型肝炎、HIV、梅毒等) ☐ 風しん抗体検査 ☐ その他 ()	<u>女性の検査</u> ☐ 超音波検査 ☐ 内分泌検査(FSH、LH、E2、PRL、P4、T、TSH等) ☐ 感染症検査(クラミジア、B・C型肝炎、HIV、梅毒等) ☐ 卵管疎通性検査(卵管造影検査など) ☐ 頸管因子検査(頸管粘液検査、フーナーテスト) ☐ 抗ミューラー管ホルモン検査(AMH) ☐ 子宮がん検査 ☐ 風しん抗体検査 ☐ その他 ()
	検査に要した 金額 合計	円 領収印

※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、各医療機関ごとに用紙を分けて記入してください。

※本証明書への領収印の押印がない場合は、対象の不妊検査を実施した日の領収書を添えて提出してください。
(行政オンラインシステムで申請する場合は、日付と領収印が鮮明に写るように領収書を撮影・添付してください。)