

## 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	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<b>男性の検査</b> <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査(ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 感染症検査(クラミジア、B・C型肝炎、HIV、梅毒等) <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査  <input type="checkbox"/> その他( )	<b>女性の検査</b> <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査(FSH、LH、E2、PRL、P4、T、TSH等) <input type="checkbox"/> 感染症検査(クラミジア、B・C型肝炎、HIV、梅毒等) <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査(卵管造影検査など) <input type="checkbox"/> 頸管因子検査(頸管粘液検査、フナーテスト) <input type="checkbox"/> 抗ミュラー管ホルモン検査(AMH) <input type="checkbox"/> 子宮がん検査 <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査  <input type="checkbox"/> その他( )
	検査に要した 金額 合計	_____ 円 <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">領収印</span>

※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。