

様式第2号（第5条、別表関係）

伊万里市不妊治療等エンゼルサポート事業に係る受診証明書（検査用）

下記の者について、不妊検査を実施したことを証明します。

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

受診者氏名	夫	妻
生年月日	年 月 日	年 月 日
不妊検査等内容 (該当項目に☑)	☐ 初診料 ☐ 再診料 ☐ 精液検査 ☐ 血液検査（ホルモン検査等） ☐ 感染症検査 ☐ その他（ ）	☐ 初診料 ☐ 再診料 ☐ 内診・経膈超音波検査 ☐ 子宮卵管造影検査 ☐ 血液検査（ホルモン検査等） ☐ 腹腔鏡検査 ☐ 子宮鏡検査 ☐ その他（ ）
不妊検査期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで

- 【注意事項】
- ① この事業は、医師が必要と認めた不妊検査が対象です。検査項目に指定はありません。表中記載項目以外の検査については、「その他」欄に記入してください。
 - ② 夫と妻が同じ医療機関で受診した場合は、まとめて記入してください。夫と妻が別々の医療機関で受診した場合は、それぞれの医療機関で記入してください。