

## 様式第3号（第5条関係）

令和 年 月 日

医療機関 所 在 地

名 称

医師氏名

## 不妊検査に係る医師の証明書

下記の者が、軽井沢町不妊治療費補助金交付要綱の規定による補助の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

	夫	妻
(ふりがな) 氏 名		
生年月日 (年 齢)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
検査開始日	年 月 日	年 月 日
検査終了日	年 月 日	年 月 日
検査 内容	必須	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 抗ミュラー管ホルモン検査
	任意	<input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査
		<input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等） <input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等）
		<input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> その他の検査
		・
		・
検査費 (患者負担額)	円	円
	合計 円	

- (注) 1 年齢は、検査開始時の年齢を記入してください。（検査の開始の日における妻の年齢が40歳以上である夫婦が対象となります。）  
 2 夫婦双方とも必須の検査を実施し、必要に応じて任意検査をしてください。