

様式第 3 号 (第 7 条関係)

合志市ふたりの健康と未来応援助成事業受診等証明書

年 月 日

(医療機関) 所在地 _____

名 称 _____

主治医氏名 _____ 印

下記の者について、次のとおり検査を実施し、これに係る費用の本人負担額を徴収したことを証明します。

対象者	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日	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 ※実施した内容に☑をご記入ください。 ※その他の検査を実施した場合は、全てご記入ください。	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <small>(クラミジア、B・C型肝炎、HIV、梅毒 等)</small> <input type="checkbox"/> 内分泌検査 (ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 風疹抗体検査 <input type="checkbox"/> 検査結果説明 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 抗ミュラー管ホルモン検査 (AMH) <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <small>(FSH、LH、E2、PRL、P4、T、TSH 等)</small> <input type="checkbox"/> 感染症検査 <small>(クラミジア、B・C型肝炎、HIV、梅毒 等)</small> <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 <small>(経管粘液検査、フナーテスト)</small> <input type="checkbox"/> 風疹抗体検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 検査結果説明 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>
検査に要した 本人負担額	円	円

必ず裏面をご確認ください

様式第 3 号（第 7 条関係）

【備考】

- 1 夫婦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ご記入ください。
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ご記入ください。
- 2 検査開始日は、一連の検査の中で最初に検査を受けた日、又は当該検査の説明を受けた日のいずれか早い日を記入してください。
- 3 検査終了日は、一連の検査の中で最後に検査を受けた日、又は当該検査結果の説明を受けた日のいずれか遅い日を記入してください。
- 4 上記の検査項目は、実施することが望ましい検査の一例です。その他、医師が必要と認めた検査も対象に含みます。ただし、がん検診（子宮頸がん、乳腺エコー、マンモグラフィー、腹部超音波等）は他の助成対象となる場合に限り、本事業では対象外となります。
- 5 文書料、個室料等の検査に直接関係のない費用は対象外です。