

第2号様式（第6条第1項第1号）

20 年 月 日

（宛先）浦安市長

所在地： _____
医療機関名： _____
診療科名： _____
主治医氏名： _____

不妊検査実施証明書

次のとおり、不妊検査を実施したことを証明します。

医療機関記入欄

☐ 当医療機関は、保険適用となっている不妊に関する治療又は検査について、保険診療で実施している。（該当することを確認の上、 ☐ に✓を記載）								
対象者	男	フリガナ		生年	19	年	月	日
		氏名		月日	20			
		検査期間	20 年 月 日 ～ 20 年 月 日					
	女	フリガナ		生年	19	年	月	日
		氏名		月日	20			
		検査期間	20 年 月 日 ～ 20 年 月 日					
助成対象の期間 ※対象者の検査開始日を記載（男女両方の検査を証明する場合 は対象者の検査開始日のうち、いずれか早い日を記載）					20 年 月 日 ～ 1年間			
助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額		合 計		円				
		内 訳	初（再）診料等	円				
			検査料等	円				
			文書料	円				
検査種類	男性の検査（下記該当項目に☑）				女性の検査（下記該当項目に☑）			
不妊検査	☐ 精液検査（精液量、精子濃度、精子運動率、正常形態率等）				☐ 基礎体温測定			
	☐ 内分泌検査（卵胞刺激ホルモン、黄体化ホルモン、テストステロン、乳汁分泌ホルモン等）				☐ 超音波検査			
	☐ 画像検査（陰嚢超音波検査等）				☐ 内分泌検査（卵胞刺激ホルモン、黄体化ホルモン、テストステロン、乳汁分泌ホルモン、エストラジオール、プロゲステロン等）			
	☐ 感染症検査				☐ AMH検査			
	☐ 精子受精能検査				☐ 感染症検査			
	☐ 染色体・遺伝子検査				☐ 卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等）			
	☐ その他（ ）				☐ 頸管因子検査（頸管粘液検査、フーナー検査等）			
					☐ 染色体・遺伝子検査			
				☐ その他（ ）				

医療機関の方へ

浦安市では令和8年10月1日以降に受けた不妊検査費の助成を行っております。助成となる経費は、夫婦が保険医療機関で共に受けた不妊検査で、検査開始日のどちらか早い方の日から起算して1年以内のものです。

助成申請のため不妊検査実施証明書の作成をお願いいたします。

第2号様式（第6条第1項第1号）

（宛先）浦安市長

所在地：

医療機関名：

診療科名：

主治医氏名：

20 年 月 日

不妊検査実施証明書

次のとおり、不妊検査を実施したことを証明します。

医療機関記入欄

☐ 当医療機関は、保険適用となっている不妊に関する治療又は検査について、保険診療で実施している。（該当することを確認の上、□に✓を記載）

対象者	男	フリガナ		生年	19	年	月	日
		氏名		月日	20			
		検査期間	20 年 月 日	～	20 年 月 日			
	女	フリガナ		生年	19	年	月	日
		氏名		月日	20			
		検査期間	20 年 月 日	～	20 年 月 日			
助成対象の期間				20 年 月 日				
※対象者の検査開始日を記載（男女両方の検査を証明する場合は対象者の検査開始日のうち、いずれか早い日を記載）				～ 1年間				
助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額		合計		円				
		内訳	初（再）診料等	円				
			検査料等	円				
			文書料	円				
検査種類	男性の検査（下記該当項目に✓）			女性の検査（下記該当項目に✓）				
不妊検査	☐ 精液検査（精液量、精子濃度、精子運動率、正常形態率等）			☐ 基礎体温測定				
	☐ 内分泌検査（卵胞刺激ホルモン、黄体化ホルモン、テストステロン、乳汁分泌ホルモン等）			☐ 超音波検査				
	☐ 画像検査（陰嚢超音波検査等）			☐ 内分泌検査（卵胞刺激ホルモン、黄体化ホルモン、テストステロン、乳汁分泌ホルモン、エストラジオール、プロゲステロン等）				
	☐ 感染症検査			☐ AMH検査				
	☐ 精子受精能検査			☐ 感染症検査				
	☐ 染色体・遺伝子検査			☐ 卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等）				
	☐ その他（ ）			☐ 頸管因子検査（頸管粘液検査、フーナ一検査等）				
				☐ 染色体・遺伝子検査				
				☐ その他（ ）				

貴医院にて検査を受けた方
をご記入ください。

2026 年 10 月 1 日以降と
なります。

上記、助成対象の期間内
に係る患者負担（領収）額
をご記入ください。