

大阪市不妊検査費助成事業申請申込書

ご自身の条件で申請可能かご不明な方は、必ずご確認いただきます様よろしくお願い申し上げます。

申請不可となった場合も当院では責任を負えませんので、ご注意ください。

尚、証明書の発行には7日～14日ほどお時間がかかります。

※特に年度末は申し込みが集中しますので、お早めのお申込みを推奨いたします

※各自治体へお問い合わせ後、申請が可能な方は、次の必要書類をご用意いただき受付窓口へお持ちください
(助成金1枚につき、申込書1枚のご提出が必要です)

お申込み時の必要書類

①当申込書(太枠内を全てご記入の上、ご提出ください)

◆証明書作成代・・・3,300円(一部につき) ◆送料(必要な方)・・・370円

下記治療期間に実施された、申請を希望される検査の項目に☑を入れてください。

検査開始日(最初の検査を受けた日):令和 年 月 日 ~ 検査終了日(最後の検査を受けた日):令和 年 月 日

夫	妻
<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査(E2,LH,FSH,PRL,テストステロン等) <input type="checkbox"/> 感染症セット <input type="checkbox"/> 風疹ウイルスHI <input type="checkbox"/> その他(下記の空欄に検査名を記載してください) ()	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内分泌検査(E2,7αOH, LH,FSH,PRL,FT4,TSH,抗HCGβ,抗HCGα抗体等) <input type="checkbox"/> HIV抗原・抗体 <input type="checkbox"/> クラミジアPCR <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 抗ミューラー管ホルモン <input type="checkbox"/> 子宮がん検査(細胞診) <input type="checkbox"/> 風疹ウイルスHI <input type="checkbox"/> 血液型セット <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Dダイマー <input type="checkbox"/> 抗精子抗体 <input type="checkbox"/> HOMAセット <input type="checkbox"/> テストステロン <input type="checkbox"/> DHEA-S <input type="checkbox"/> 外来子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> その他(下記の空欄に検査名を記載してください) ()

カルテ番号		申込年月日	令和 年 月 日
ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
妻 氏名			
ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
夫 氏名			
受取方法	※郵送希望の方は住所を記入してください 来院時・郵送 ☐		

・上記の内容を全て確認しましたか。	はい	いいえ
・事前に自治体へ申請可能かご確認済ですか。※申請不可となっても当院では責任を負えません。	はい	いいえ
・今回の不妊検査は、令和5年4月1日以降に開始したものですか。	はい	いいえ
・今回申請される不妊検査の検査開始日の年齢(妻)は43歳未満ですか。	はい	いいえ
・ご夫婦ともに不妊検査を受けられましたか。	はい	いいえ
・太枠内全て記入しましたか。	はい	いいえ

※[いいえ]が一つでもある場合は受理できませんのでご注意ください

《備考》	受付	作成	確認