

(提出先)

川越市長

年 月 日

所在地

医療機関

主治医氏名

埼玉県川越市早期不妊検査実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

保険医療機関記入欄

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
対象者(男)の名前						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
対象者(女)の名前						
不妊検査期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日					
助成対象の期間	対象者の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ~ 1年間					
助成の対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額	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※2	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査(黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストロゲン、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等) <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査(卵管通気法、子宮管造影、超音波下卵管通水法等) <input type="checkbox"/> 頸管因子検査(頸管粘液検査、フナー検査等) <input type="checkbox"/> その他 ()			

※1: 男女のうち一方の検査の実施を証明する場合は、証明する対象者が実施した検査の期間を記載してください。男女両方の検査を証明する場合は、男女それぞれの検査開始日のうち、どちらか早い日から検査終了日を記載してください。

例 女性の検査期間 H30. 3. 1~H30. 9. 30、男性の検査期間 H30. 12. 1~H31. 3. 31

→検査期間は H30. 3. 1~H31. 3. 31

助成対象期間は H30. 3. 1~1年間 (H31. 2. 28 まで)

※2: 他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。