

様式第 2 号

年 月 日

(宛先) 所沢市長

所在地
保険医療機関
主治医氏名

所沢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 夫の名前	生年月日	年 月 日 (歳)
ふりがな 妻の名前	生年月日	年 月 日 (歳)
不妊検査期間※1	検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日
助成対象の期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 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※2	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※3	<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、エストラジオール、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 : 夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちら一方の検査期間を記載してください。
夫婦双方の検査を証明する場合は夫又は妻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 妻の検査期間 R2. 3. 1~R2. 9. 30、夫の検査期間 R2. 12. 1~R3. 3. 31
検査期間は R2. 3. 1~R3. 3. 31
助成対象期間は R2. 3. 1~1年間 (R3. 2. 28 まで。R3. 3. 1~R3. 3. 31 は検査を行っていたとしても助成対象外)
- ※ 2 : 助成対象となる患者負担 (領収) 額は特定不妊治療費の検査費用を除くこと。
- ※ 3 : 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。