

早期不妊検査実施証明書

加須市長 様

次のとおり、早期不妊検査費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。

年 月 日

(不妊検査実施医療機関)

所在地

医療機関

主治医氏名

印

(主治医が自署又は記名押印)

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
対象者 (男) の名前		生年月日	年 月 日 ( 歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
対象者 (女) 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	対象者の検査開始日のうち、いずれか早い日 年 月 日 ~ 1年間		
A	助成対象となる不妊検査に係る患者負担 (領収) 額※2		円
B	助成対象となる不妊検査に係る患者負担 (領収) 額※2 (連携する泌尿器科の医療機関分)	医療機関名 { }	円
A + B			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"/> 基礎体温測定	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<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 ( )	

注意：この証明書は、実施した医療機関が記載してください。

※1 男性又は女性のみの実施証明書の場合は、そのいずれか一方の検査期間を記載してください。

男女双方の検査を証明する場合は男性又は女性の検査開始日のうち、いずれか早い日から検査終了日までを記載してください。

例 女性の検査期間 R6. 3. 1~R6. 9. 30、男性の検査期間 R6. 12. 1~R7. 3. 31 の場合、検査期間は R6. 3. 1~R7. 3. 31。

助成対象期間は R6. 3. 1~1年間 (R7. 2. 28 まで) R7. 3. 1~R7. 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) 額は不妊治療に対する助成金の実施証明書で計上した検査費用を除くこと。

※3 埼玉県内の他の市町村において同種の助成を受けていない不妊検査であること。