

(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。

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
夫の名前						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
妻の名前						
不妊検査期間※1	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 : 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 H30. 3. 1~H30. 9. 30、夫の検査期間 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。