

幸手市不育症検査費助成事業に係る実施証明書

年 月 日

（あて先）幸手市長

次のとおり、標記助成事業の対象となる不育症検査を実施したことを証明します。

（不育症検査実施医療機関）所在地
医療機関名
電話番号
主治医氏名

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
男性の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
女性の名前			
助成対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産、あるいは早期新生児死亡の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者		
助成対象となる不育症検査期間※1	男性又は女性の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ～ 1年間		
助成対象となる不育症検査に係る 自己負担（領収）額※2 （指定医療機関又は助成対象医療機関分）	円		
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）		
不育症検査	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査（経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡） <input type="checkbox"/> 内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体（抗カドオリフィンβ2グルボ蛋白I複合体抗体、ループスアンチコアグulant、抗CLiGg抗体、抗CLiGm抗体、抗PEiGg抗体、抗PEiGm抗体） <input type="checkbox"/> 凝固因子検査（第XII因子活性、プロテインS活性もしくは抗原、プロテインC活性もしくは抗原、APTT） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

注意：この証明書は、特定不妊治療費助成事業における指定医療機関又は助成対象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、そのどちら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、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 3月1日～9月30日、男性の検査期間 12月1日～翌年3月31日

検査期間は3月1日～翌年3月31日

助成対象期間は3月1日～1年間（翌年2月28日まで。翌年3月1日～3月31日は検査を行っていたとしても助成対象外）

※2：指定医療機関に限り、助成対象となる患者負担（領収）額は特定不妊治療費助成の実施証明書で計上した検査費用を除くこと。