

## 幸手市不妊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妊検査を実施したことを証明します。

（不妊検査実施医療機関）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）   |
| 男性の氏名  |  |   |   |
| ふりがな   |  | 生年月日  | 年 月 日（ 歳）   |
| 女性の氏名  |  |   |   |
| 助成対象となる不妊検査期間※1                                | 年 月 日から 年 月 日まで<br>(1年以内であること)   |   |   |
| A ※2<br>対象検査に係る自己負担（領収）額<br>(主治医の属する医療機関分)     | 円  |   |   |
| B ※2<br>対象検査に係る自己負担（領収）額<br>(指定医療機関と連携する医療機関分) | 医療機関名<br>{   | }   |   |
|  | 円  |   |   |
| A + B  | 円  |   |   |
| 検査の内容<br>(該当するものに☑)                            | 男性の検査  |   | 女性の検査   |
|  | <input type="checkbox"/> 精液検査<br><input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等）<br><input type="checkbox"/> 超音波検査<br><input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 経腔超音波検査<br><input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等）<br><input type="checkbox"/> 頸管粘液検査<br><input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査<br><input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |   |
| 現在の状況<br>(予定を含む)<br>(該当するものに☑)                 | <input type="checkbox"/> 不妊検査のみ<br><input type="checkbox"/> タイミング指導<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                       |   | <input type="checkbox"/> 人工授精<br><input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 |

注意：この証明書は、指定医療機関若しくは助成対象医療機関が記載してください。

（主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性の不妊検査を実施した場合は、主治医が患者から男性不妊検査として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。）

※1：不妊検査期間は、男女合わせた期間を記載してください。その期間は1年以内です。

例1：女性の不妊検査期間=4月1日～6月30日、男性の不妊検査期間=5月15日～7月15日の場合  
助成対象の不妊検査期間=4月1日～7月15日

例2：女性の不妊検査期間4月15日～6月30日、男性の不妊検査期間=翌年3月1日～4月30日の場合  
助成対象の不妊検査期間=4月15日～翌年4月14日（助成対象外 翌年4月15日～4月30日）

※2：助成対象となる自己負担（領収）額は特定不妊治療費助成の受診等証明書で計上した検査費用を除いてください。