

越谷市長 宛

所在地

医療機関名

主治医氏名

越谷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	年 月 日 (歳)
夫の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
妻の名前			
不妊検査期間 ※2	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 ※3	円		
検査種類	男性の検査（下記該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> ）	女性の検査（下記該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> ）	
不妊検査	<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又は核酸増幅検査 <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、フーナー検査等） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

- ※1 この実施証明書は、医療機関が作成し、全ての項目を医療機関が記載すること。
- ※2 夫又は妻のみの実施証明書の場合、そのどちらか一方の検査期間を記載すること。
夫婦双方の実施証明書の場合、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までの期間を記載すること。
- ※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。