

越谷市長 宛

所在地
医療機関名
主治医氏名

越谷市不育症検査実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不育症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			
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、死産又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		
不育症検査期間 ※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		
助成対象となる不育症検査に係る 患者負担(領収)額 ※3	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(抗カルジオリピンβ2グルコプロテインI複合体抗体、ループスアンチコアグラント、抗CL Ig G抗体、抗CL Ig M抗体、抗PE Ig G抗体、抗PE Ig M抗体) <input type="checkbox"/> 凝固因子検査(第Ⅻ因子活性、プロテインS活性若しくは抗原、プロテインC活性若しくは抗原、APTT) <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。