

不育症検査実施証明書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地
医療機関
主治医氏名

次のとおり、久喜市早期不妊検査費・不育症検査費助成金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)
男性(夫) の 名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
女性(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※1	検査期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象の期間	男性又は女性の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日から 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	円		
検査種類	検査項目(下記該当項目に☑)		
不育症検査 ※2	<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 ^α オリヒンβ2グルボ ^α ロテインI複合体抗体、ル ^α プスアンチコアグulant、抗CLiGg抗体、抗CLiGm抗体、抗PEI ^α g抗体、抗PEI ^α m抗体) <input type="checkbox"/> 凝固因子検査(第XII因子活性、プロテインS活性又は抗原、プロテインC活性又は抗原、APTT) <input type="checkbox"/> その他()		

※1：女性の実施証明書の場合は、そ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、検査期間の始期は男性又は女性の検査開始日のうち、どちらか早い日を、検査期間の終期は男性又は女性の検査終了日のうち、どちらか遅い日をそれぞれ記入してください。

※2：他の助成金を受けていない不育症検査に係る経費であること。