

（宛先）鴻巣市長

所在地： _____

医療機関名： _____

主治医氏名： _____

不育症検査実施証明書

次のとおり、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）
対象者（男）の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者（女）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	年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象期間※1	対象者2名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	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（抗カルジオリピンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグulant、抗CLlgG抗体、抗CLlgM抗体、抗PElgG抗体、抗PElgM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活性若しくは抗原又はAPTT） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※1 男女のうち一方の検査の実施を証明する場合は、証明する対象者が実施した検査の期間を記載してください。男女両方の検査を証明する場合は、男女それぞれの検査開始日のうち、どちらか早い日から男女両方の検査が終了した日までを記載してください。

〔 例 女性の検査期間 H30.3.1~H30.9.30、男性の検査期間 H30.12.1~H31.3.31 の場合
 ⇒不育症検査期間 H30.3.1~H31.3.31
 助成対象期間 H30.3.1~1年間（H31.2.28まで） 〕

※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。