様式第３号

年　　月　　日

市　長

所　在　地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

埼玉県　　市（町村）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。

医療機関記入欄

ふりがな 対象者(男)の名前		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
ふりがな 対象者(女)の名前		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
助成対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	□　２回以上の流産、死産、あるいは早期新生児死亡の既往がある者 □　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	（対象者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	□　子宮形態検査（経膣超音波、子宮卵管造影、子宮鏡） □　内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） □　夫婦染色体検査 □　抗リン脂質抗体（抗ｶﾙｼﾞｵﾘﾋﾟﾝβ２ｸﾞﾙｺﾌﾟﾛﾃｲﾝⅠ複合体抗体、ﾙｰﾌﾟｽｱﾝﾁｺｱｸﾞﾗﾝﾄ、抗 CLIgG 抗体、抗 CLIgM 抗体、抗 PEIgG 抗体、抗 PEIgM 抗体） □　凝固因子検査（第Ⅻ因子活性、ﾌﾟﾛﾃｲﾝＳ活性もしくは抗原、ﾌﾟﾛﾃｲﾝＣ活性もしくは抗原、APTT） □　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検査終了日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
⇒検査期間　　H30.3.1～H31. 3.31
　助成対象期間　H30.3.1～１年間（H31. 2.2 まで））

※２：　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。