

年 月 日

市長

所在地： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医氏名： \_\_\_\_\_

埼玉県 市（町村）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。

医療機関記入欄

|                         |                                                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |       |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------|
| ふりがな                    |                                                                  | 生年月日 | 昭和<br>平成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 | 月 | 日（ 歳） |
| 対象者(男)の名前               |                                                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |       |
| ふりがな                    |                                                                  | 生年月日 | 昭和<br>平成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 | 月 | 日（ 歳） |
| 対象者(女)の名前               |                                                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |       |
| 不妊検査期間※1                | 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)<br>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 | 円                                                                |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |       |
| 検査種類                    | 男性の検査(下記該当項目に☑)                                                  |      | 女性の検査(下記該当項目に☑)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |       |
| 不妊検査※2                  | <input type="checkbox"/> 精液検査<br><input type="checkbox"/> その他( ) |      | <input type="checkbox"/> 基礎体温測定<br><input type="checkbox"/> 超音波検査<br><input type="checkbox"/> 内分泌検査(黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストロゲン、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)<br><input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査<br><input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査(卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等)<br><input type="checkbox"/> 頸管因子検査(頸管粘液検査、フナー検査等)<br><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。