

年 月 日

_____市（町村）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。

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
対象者(男)の名前						
ふりがな		生年月日	昭和 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) 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <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） <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <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） <input type="checkbox"/> 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） <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。