

様式第 2 号

年 月 日

(宛先) 所沢市長

所在地
保険医療機関
主治医氏名

所沢市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。

保険医療機関記入欄

| | | | |
|---------------------------------|---|---|------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 夫の名前 | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 妻の名前 | | | |
| 不妊検査期間※1 | 検査期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 助成対象の期間 | 夫又は妻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※2 | 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※3 | <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 () | |

標記助成事業の対象となる不妊検査は、既に不妊に悩んでいる方が不妊の原因特定のために行う検査であり、将来の妊娠に向けてヘルスチェックを行いたい、といった検診目的で受けたブライダルチェック等は対象となりません。

※1：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちら一方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は夫又は妻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 妻の検査期間 R8.3.1~R8.9.30、夫の検査期間 R8.12.1~R9.3.31

検査期間は R8.3.1~R9.3.31

助成対象期間は R8.3.1~1年間 (R9.2.28まで。R9.3.1~R9.3.31は検査を行っていたとしても助成対象外)

※2：助成対象となる患者負担 (領収) 額は特定不妊治療 (体外受精・顕微授精等) 費の検査費用を除くこと。

※3：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。