

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

桶川市長

所在地： _____

医療機関名： _____

主治医氏名： _____

桶川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。

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
対象者(男)の名称		生年月日	年 月 日 (歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
対象者(女)の名称		生年月日	年 月 日 (歳)
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		
A	助成対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額		円
B	助成対象となる不妊検査に係る患者負担(領収)額		円
A+B			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"/> 基礎体温測定	
	<input type="checkbox"/> その他()	<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、エストラジオール、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"/> クラミア抗体検査又は核酸増幅検査	
		<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()	

※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までを記載してください。

※2 他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費が助成対象です。