

様式第3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。

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
対象者(男)の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
対象者(女)の名前			
助成対象者であることの確認 (右記該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡の既往がある者 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査(経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡) <input type="checkbox"/> 内分泌検査(甲状腺機能、糖尿病検査) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体(抗カルディオリピンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグレラント、抗CLIgG抗体、抗CLIgM抗体、抗PEIgG抗体、抗PEIgM抗体) <input type="checkbox"/> 凝固因子検査(第XII因子活性、プロテインS活性又は抗原、プロテインC活性又は抗原、APTT) <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育症検査に係る経費が助成対象です。