

深谷市長

所在地
医療機関
主治医氏名

深谷市不育症検査実施証明書

次のとおり、標記補助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。

医療機関記入欄

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						
助成対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	☐ 2回以上の流産、死産、あるいは早期新生児死亡の既往がある者 ☐ 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※2	円					
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）					
不育症検査※3	☐ 子宮形態検査（経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡） ☐ 内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 抗リン脂質抗体（抗カゾオヒンβ2グルボリンI複合体抗体、ルプスアンチコアグulant、抗CLIgG抗体、抗CLIgM抗体、抗PEIgG抗体、抗PEIgM抗体） ☐ 凝固因子検査（第Ⅻ因子活性、プロテインS活性もしくは抗原、プロテインC活性もしくは抗原、APTT） ☐ その他（ ）					

注意：この証明書は、検査を実施した医療機関が記載してください。

※1：男性又は女性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。
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 R6.3.1～R6.9.30、男性の検査期間 R6.12.1～R7.3.31
検査期間は R6.3.1～R7.3.31
助成対象期間は R6.3.1～1年間（R7.2.29まで。R7.3.1～R7.3.31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）額は特定不妊治療費助成の実施証明書で計上した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費用であること。