

〇〇年〇〇月〇〇日

深谷市長

診療報酬明細書などで、不育症検査に係る費用が記載できない場合は、領収書に「ただし、不育症検査費として」「うち不育症検査費に係る金額〇〇〇円」などと追記してください。御協力をお願いいたします。

所在地 〇〇市〇〇 〇-〇-〇
医療機関 医療法人〇〇クリニック
主治医氏名 〇〇 〇〇

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	ふかや たろう	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日（ 〇〇 歳）
対象者（男）の名前	深谷 太郎	生年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日（ 〇〇 歳）
ふりがな	ふかや はなこ	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日（ 〇〇 歳）
対象者（女）の名前	深谷 花子	生年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日（ 〇〇 歳）
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、あるいは早期新生児死亡の既往がある者 <input checked="" 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 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	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">この実施証明書記載に係る文書料も算入可能です。</div> 円		
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）		
不育症検査※3	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 夫婦染色体検査		
	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体（抗カゾオリピソβ2ケルコ [®] ₁ 複合体抗体、ル [®] スアソチコアグ [®] ラント、抗CLiG抗体、抗CLiGM抗体、抗PEiG抗体、抗PEiGM抗体）		
	<input checked="" type="checkbox"/> 凝固因子検査（第Ⅻ因子活性、 [®] ロ [®] イ [®] ンS活性もしくは抗原、 [®] ロ [®] イ [®] ンC活性もしくは抗原、APTT）		
<input type="checkbox"/> 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。

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。