

深谷市長

所在地
医療機関
主治医氏名

深谷市早期不妊検査実施証明書

次のとおり、標記補助事業の対象となる不妊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						
不妊検査期間※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	☐ 精液検査 ☐ その他（ ）		☐ 基礎体温測定 ☐ 超音波検査 ☐ 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） ☐ クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 ☐ 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） ☐ 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） ☐ 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。
主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性の不妊検査を実施した場合は、それぞれの医療機関の実施証明書が必要になります。
男性と女性がそれぞれ別の医療機関で検査を受けた場合は、それぞれの実施証明書が必要となります。

※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。