

※主治医に記載を依頼してください。

様式第2号

R 年 月 日

(あて先) 川口市長

所在地  
医療機関  
主治医氏名

### 川口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	S・H	年	月	日 ( 歳)
対象者(男)の名前						
ふりがな		生年月日	S・H	年	月	日 ( 歳)
対象者(女)の名前						
不妊検査期間※1	検査期間 R 年 月 日 ~ R 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 R 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	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"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <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"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査(卵管通気法、子宮卵管造影、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 (R7.2.28 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: 他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費であること。  
助成対象とする不妊検査は、男女が保険医療機関で医師が不妊症の診断のために必要と認める一連の検査で医療保険適用、適用外を問いません。  
助成対象は、上記検査及び検査に係る初診料、再診料、文書代(実施証明書代)です。投薬や注射などの治療費(人工授精・生殖補助)や食事代、入院費等は対象外です。

※主治医に記載を依頼してください。

様式第2号

RO年 O月 OO日

〇〇市(町村)長

不妊検査期間は実際に検査を始めた日から検査を終えた日までの期間を記載してください。(1年を超える場合でもその期間を記載してください)

所在地 〇〇市××-△△

医療機関 〇〇病院

主治医氏名 〇〇 ××

助成対象期間は検査の開始日から1年間となります。仮に1年を超える検査であった場合、助成対象となる不妊検査に係る患者負担額は開始から1年分の金額となります。

川口市早期不妊検査実施証明書

実施した検査の患者負担額を記載してください。(文書代(実施証明書代)含む)
仮に1年を超える検査であった場合、助成対象となる不妊検査に係る患者負担額は開始から1年分の金額となります。
他に治療などを行った場合や一年を超える検査の場合、実施証明書の額は検査に係る期間の金額のみを記載してください。
明細書、領収書内で切り分けることができない際は「うち不妊検査費に係る金額〇〇〇円」などと追記してください。

ふりがな	さいたま たろう	生年月日	☒・H 60年 1月 1日(38歳)
対象者(男)の名前	埼玉 太郎		
ふりがな	さいたま はなこ	生年月日	検査開始日の女性の年齢が43歳未満であることが要件となります。
対象者(女)の名前	埼玉 花子		
不妊検査期間※1	検査期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	
助成対象の期間	男性又は女性の検査開始日のうち、どちらか早い日	R 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※2	<input checked="" type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定	
	<input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 超音波検査	
この助成事業は男女それぞれ検査を受けることを要件としていますので、「男性の検査」「女性の検査」の各欄において、1項目以上チェックが入っていることが必須となります。		<input type="checkbox"/> 内分泌検査(黄体化ホルモン、卵巣刺激ホルモン、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)	
記載の検査以外に必要なと認められる検査はその他にチェックの上、検査名を記載してください。		<input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査	
		<input checked="" type="checkbox"/> 卵管疎通性検査(卵管通気法、子宮卵管造影、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 checked="" type="checkbox"/> その他( 〇〇〇検査 )	

※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 (R7.2.28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: 他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費であること。
助成対象とする不妊検査は、男女が保険医療機関で医師が不妊症の診断のために必要と認める一連の検査で医療保険適用、適用外を問いません。
助成対象は、上記検査及び検査に係る初診料、再診料、文書代(実施証明書代)です。投薬や注射などの治療費(人工授精・生殖補助)や食事代、入院費等は対象外です。