

※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"/> 基礎体温測定				
	<input type="checkbox"/> その他()	<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。
男女両方の検査の実施を証明する場合は、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が終了した日又は検査開始日から1年を経過した日の前日を終了した日とし、記載してください。
例 女性の検査期間 R7. 3. 1~R7. 6. 30、男性の検査期間 R7. 12. 1~R8. 3. 31 の場合。
→上記の記載方法: 不妊検査期間は R7. 3. 1~R8. 2. 28、助成対象期間は R7. 3. 1~1年間(R8. 2. 28)となります。
※助成対象期間は1年間のため、R8. 3. 1~R8. 3. 31は検査を行っていたとしても助成対象外となります。

※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。人工授精・生殖補助、タイミング療法、投薬や注射などの治療費や食事代、入院費等は対象外です。