

様式第3号

R 年 月 日

(あて先) 川口市長

所在地
医療機関
主治医氏名

川口市不育症検査実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不育症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						
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 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	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※2	<input 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 type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体(抗カルジオリピンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグulant、抗CLiGg抗体、抗CLiGm抗体、抗PEiGg抗体、抗PEiGm抗体) <input type="checkbox"/> 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) <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育症検査に係る経費であること。
助成対象とする不育症検査は、保険医療機関で医師が必要と認める不育症のリスク因子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3号

R〇年 〇月 〇〇日

(あて先) 川口市長

不育症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。

川口市不育症検査実施証明書 (記入例)

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、助成対象となる不育症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。

診療明細書、領収書内で切り分けることができない際は「うち1年間の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。

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		
助成対象者であることの確認 (右記該当項目に☑)	<input checked="" 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 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 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		
助成対象となる不育症検査に係る患者負担(領収)額※2	¥ 15,000円		
検査種類	検査項目(下記該当項目に☑)		
不育症検査※2	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査(経膈超音波、子宮卵管造影)		
	<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(抗カドオリフィンβ2グルコプロテイン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)		
	<input type="checkbox"/> 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)		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(〇〇〇〇検査)		

※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育症検査に係る経費であること。

助成対象とする不育症検査は、保険医療機関で医師が必要と認める不育症のリスク因子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。