

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☑)	☐ 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 ☐ 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	☐ 子宮形態検査 (経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡) ☐ 内分泌検査 (甲状腺機能、糖尿病検査) ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 抗リン脂質抗体 (抗カルヂオリピンβ2 グルコプ ロテイン 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) ☐ 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 は抗原、APTT) ☐ 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 : 不育症検査期間は 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。