

(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	年 月 日 (歳)
夫の名前		生年月日	年 月 日 (歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
妻の名前		生年月日	年 月 日 (歳)
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 年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象の期間	夫又は妻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グルボ ^o 蛋白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 は抗原、APTT) <input type="checkbox"/> その他()		

注意：この証明書は、特定不妊治療費助成事業における指定医療機関又は助成対象医療機関が記載してください。

※1：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちらか一方の検査期間を記載してください。
夫婦双方の検査を証明する場合は夫又は妻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 妻の検査期間 R3. 3. 1~R3. 9. 30、夫の検査期間 R3. 12. 1~R4. 3. 31
検査期間は R3. 3. 1~R4. 3. 31
助成対象期間は R3. 3. 1~1年間 (R4. 2. 28 まで。R4. 3. 1~R4. 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。

(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ご記入下さい。(1年を超える場合もその期間をご記入下さい)

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。
注) 市町村により異なることがあります。

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ご記入下さい。(文書料含む)
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入ください。
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。
注) 市町村により異なることがあります。

ふりがな	さいたま たろう	生年月日	昭和60年 1月 1日 (35歳)
夫の 名前	埼玉 太郎		
ふりがな	さいたま はなこ	生年月日	検査開始日の妻年齢が43歳未満であることが要件となります。
妻の 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 年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象の期間	夫又は妻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CLiG抗体、抗CLiGM抗体、抗PEiG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)		
	該当する検査にチェックし、記載の検査以外に必要と認められる検査はその他にチェックの上、検査名をご記入下さい。		

注意: この証明書は、特定不妊治療費助成事業における指定医療機関又は助成対象医療機関が記載してください。

※1: 夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちらか一方の検査期間を記載してください。
夫婦双方の検査を証明する場合は夫又は妻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 妻の検査期間 R3. 3. 1~R3. 9. 30、夫の検査期間 R3. 12. 1~R4. 3. 31
検査期間は R3. 3. 1~R4. 3. 31
助成対象期間は R3. 3. 1~1年間 (R4. 2. 28まで。R4. 3. 1~R4. 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。