

新座市長

所在地： _____
医療機関名： _____
主治医氏名： _____

埼玉県新座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	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
対象者（男）の名前						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
対象者（女）の名前						
不妊検査期間※1	検査期間 令和 年 月 日 ~ 令和 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 令和 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） <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：対象者双方の検査を証明する場合は対象者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 対象者（女）の検査期間 R5.3.1~R5.9.30、対象者（男）の検査期間 R5.12.1~R6.3.31 の場合
⇒ 検査期間 R5.3.1~R6.3.31

助成対象期間 R5.3.1~1年間（R6.2.29まで。R6.3.1~R6.3.31 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かかる経費であること。