

平成30年 ○月 ○○日

〇〇市(町村)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。主治医が自署又は記名押印)
注) 市町村により異なることがあります。

埼玉県〇〇市(町村) 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 59年 1月 1日 (34歳)
夫の名前	埼玉 太郎	生年月日	平成 59年 1月 1日 (34歳)
ふりがな	さいたま はなこ	生年月日	昭和
妻の名前	埼玉 花子	生年月日	平成 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。
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	平成30年 3月 1日 ~ 平成30年 5月 1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 平成30年 3月 1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 (指定医療機関又は助成対象医療機関分)	¥ 15,000円		
検査種類	検査項目(下記該当項目に☑)		
不育症検査※3	<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(抗カドリンβ2グルコプロテインI複合体抗体、ル-Pスフィンゴアラクト、 抗CLlgG抗体、抗CLlgM抗体、抗PElgG抗体、抗PElgM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 checked="" type="checkbox"/> その他(〇〇〇〇検査)		

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 H30. 3. 1~H30. 9. 30、夫の検査期間 H30. 12. 1~H31. 3. 31

検査期間は H30. 3. 1~H31. 3. 31

助成対象期間は H30. 3. 1~1年間 (H31. 2. 28まで。H31. 3. 1~H31. 3. 31は検査を行っていたとしても助成対象外)

※2: 指定医療機関に限り、助成対象となる患者負担(領収)額は特定不妊治療費助成の実施証明書で計上した検査費用を除くこと。

※3: 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。