

(宛先)

滑川町長

所在地

医療機関名

主治医氏名

(主治医が自署又は記名押印)

滑川町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	年 月 日 (歳)
対象者(男)の 名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
対象者(女)の 名前			
不妊検査期間※1	検査期間	年 月 日 ~	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 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"/> 基礎体温測定検査 <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()	

注意：この証明書は、不妊検査を実施した医療機関が記載してください。

男女がそれぞれ別の医療機関で検査を受けた場合は、それぞれの実施証明書が必要となります。

※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 R5.3.1~R5.9.30、男性の検査期間 R5.12.1~R6.3.31

検査期間は R5.3.1~R6.3.31

助成対象期間は R5.3.1~1年間 (R6.2.28 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。