

宮代町長

所在地： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医氏名： \_\_\_\_\_

宮代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 <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、エストラジオール、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：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。

※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。