

朝霞市長 宛て

所在地
医療機関
主治医氏名

朝霞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。

医療機関記入欄

ふりがな 夫の名前		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
ふりがな 妻の名前		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
不妊検査期間※1	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又は核酸増幅検査 <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。

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）

※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。