

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		生年月日	年 月 日（ 歳）
夫の 名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の 名前			
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	☐ 精液検査 ☐ その他（ ）	☐ 基礎体温測定 ☐ 超音波検査 ☐ 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） ☐ クラミジア抗体検査又は核酸増幅検査 ☐ 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） ☐ 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） ☐ 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。