

不育症検査費助成事業に係る実施証明書

小鹿野町長 様

次のとおり、標記助成事業の対象となる不育症検査を実施したことを証明します。

年 月 日

(不育症検査実施医療機関)

所在地

医療機関名

代表者

印

電話番号

主治医氏名

印

(主治医が自署又は記名押印)

| | | | |
|---------------------------------|--|------|---------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 夫の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 妻の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 助成対象者であることの確認 | <input 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 | | |
| 助成対象となる不育症検査期間※1 | 年 月 日から 年 月 日まで (6箇月以内であること) | | |
| 助成対象となる検査に係る患者負担(領収)額※2(指定医療機関) | 円 | | |
| 助成対象の検査費に係る領収年月日(期間) | 年 月 日～ 年 月 日 | | |
| 検査の内容 (該当するものに☑) | <input type="checkbox"/> 子宮形態検査(経膈超音波、子宮卵管造営、子宮鏡) <input type="checkbox"/> 内分泌検査(甲状腺機能、糖尿病検査) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体(抗カルジオリピンβ2グルコプロテインI複合抗体、ループスアンチコアグラント、抗CLlgG抗体、抗CLlgM抗体、抗PLlgG抗体、抗PLlgM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活性もしくは抗原、APTT) <input type="checkbox"/> その他() | | |

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が記載してください。

※1：不育症検査期間は、夫婦合わせた期間を記載すること。その期間は6箇月以内であること。

例1：妻の不妊検査期間=H29.4.1～H29.6.30、夫の不妊検査期間=H29.5.15～H29.7.15の場合

助成対象の不妊検査期間= H29.4.1～H29.7.15

例2：妻の不妊検査期間 H29.4.15～H29.6.30、夫の不妊検査期間=H29.9.1～H29.10.31

助成対象の不妊検査期間=H29.4.15～H29.10.14(6箇月以内)(助成対象外 10/15～10/31)

※2：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受診等証明書で計上した検査費用を除くこと。