

さいたま市長

所在地

医療機関

主治医氏名

(主治医が自署又は記名押印)

さいたま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。

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
夫の名前						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
妻の名前						
不妊検査期間※1	検査期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
助成対象の期間	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、progesteron、 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()			

※1: 夫婦で検査実施医療機関が異なる場合には、それぞれの医療機関で記載してください。

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 R4. 3. 1~R4. 9. 30、夫の検査期間 R4. 12. 1~R5. 3. 31

検査期間は R4. 3. 1~R5. 3. 31

助成対象期間は R4. 3. 1~1年間 (R5. 2. 28 まで。R5. 3. 1~R5. 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。