

年 月 日

吉見町長

所 在 地 : _____

医療機関名 : _____

主治医氏名 : _____

埼玉県吉見町不育症検査実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不育症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)
夫の名称						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
妻の名称						
助成対象者であることの確認 (右記該当項目に☑)	☐ 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 ☐ 医師が不育症と判断した者					
不育症検査期間※ 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					
助成対象となる不育症検査に係る患者負担 (領収) 額	円					
検査種類	検査項目 (下記該当項目に☑)					
不育症検査 ※ 2	☐ 子宮形態検査 (経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡) ☐ 内分泌検査 (甲状腺機能、糖尿病検査) ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 抗リン脂質抗体 (抗カルジオリピン β 2 グロブリン I 複合体抗体、ループスアンチコアグulant、抗 CL IgG 抗体、抗 CL IgM 抗体、抗 PE IgG 抗体、抗 PE IgM 抗体) ☐ 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) ☐ 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 の場合

⇒検査期間 H30. 3. 1~H31. 3. 31

助成対象期間 H30. 3. 1~1 年間 (H31. 2. 2 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。