

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)
夫の名称							
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)
妻の名称							
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、エストロゲン、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あるいは核酸増幅検査 ☐ 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 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。