

不育症検査実施証明書

年 月 日

（宛先）富士見市長

所在地

医療機関

主治医氏名

（主治医が自署又は記名押印）



次のとおり補助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 夫の名前		生年月日	年 月 日 (歳)
ふりがな 妻の名前		生年月日	年 月 日 (歳)
補助対象者であることの確認 (右記該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産又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		
不育症検査期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日		
補助対象期間 ※1	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		
補助対象となる不育症検査に係る患者負担(領収)額 ※2 (指定医療機関又は補助対象医療機関分)	円		
検査種類	検査項目(下記該当項目に☑)		
不育症検査 ※3	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査(経膈超音波、子宮卵管造影、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グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグラント、抗CLIgG抗体、抗CLIgM抗体、抗PEIgG抗体、抗PEIgM抗体) <input type="checkbox"/> 凝固因子検査(第XIII因子活性、プロテインS活性又は抗原、プロテインC活性又は抗原、APTT) <input type="checkbox"/> その他()		

注意：この証明書を作成する際には、次に掲げる事項に注意してください。

※1：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちらか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

不育症検査期間は、H30.3.1~H31.3.31 となります。

補助対象期間は、H30.3.1~1年間(H31.2.28まで。H31.3.1~H31.3.31は検査を行っていたとしても補助対象外)となります。

※2：指定医療機関に限り、補助対象となる患者負担(領収)額は、特定不妊治療費助成の実施証明書で計上した検査費用を除くこと。

※3：他の助成金等を受けていない不育症検査に係る経費であること。