

(宛先)

上尾市長

所在地

医療機関名

主治医氏名

上尾市不妊検査費等助成事業に係る不育症検査実施証明書

次のとおり、上尾市不妊検査費等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	年 月 日 (歳)
夫の名称			
ふりがな		生年月日	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☑)	<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"/> 流産等を繰り返すおそれがあると医師に診断された者		
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	<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ulant、抗CLiG抗体、抗CLiGM抗体、抗PEiG抗体、抗PEiGM抗体) <input type="checkbox"/> 凝固因子検査(第XII因子活性、プロテインS活性又は抗原、プロテインC活性又は抗原、APTT) <input type="checkbox"/> 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

⇒ 検査期間 H30.3.1~H31.3.31

助成対象期間 H30.3.1~1年間(H31.2.28まで)

※2：他の助成金の交付を受けていない不育症検査に係る経費であること。