

年 月 日

草加市長 宛て

所在地

医療機関

㊟

主治医氏名

㊟

（主治医が自署又は記名押印）

草加市早期不妊検査費・不育症検査費助成金対象不育症検査実施証明書

次のとおり、標記助成金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)
対象者（男） の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
対象者（女） の名前			
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"/> 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	(対象者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+文書料 円 (年 月 日領収分)		
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（抗カルシオリピン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CLlIgG抗体、抗CLlIgM抗体、抗PElIgG抗体、抗PElIgM抗体） <input type="checkbox"/> 凝固因子検査（第XII因子活性、プロテインS活性もしくは抗原、プロテインC活性もしくは抗原、APTT） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

- ※1：男性又は女性の実施証明書の場合は、証明する対象者が受けた検査期間を記載してください。
男女双方の検査を証明する場合は男女それぞれ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。
- ※2：他の助成金を受けていない不育症検査に係る経費であること。

助成対象は、不育症の診断のために医師が必要と認めた一連の検査で、医療保険適用・適用外を問いません。
上記検査及び検査に係る初診料、再診料、文書料も対象
投薬や注射、人工授精などの治療費や食事代、入院費等は対象外