

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妊検査実施証明書

次のとおり、標記助成金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	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			
不妊検査期間※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		
助成対象となる不妊検査に係る患者 負担(領収)額	円+文書料 円 (年 月 日領収分)		
検査種類	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	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査(黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストラジオール、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) <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査(卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等) <input type="checkbox"/> 頸管因子検査(頸管粘液検査、フナー検査等) <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妊検査にかかる経費であること。

助成対象は、不妊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