

松伏町不育症検査実施証明書

年 月 日

松伏町長 宛て

（不育症検査実施医療機関）所在地

医療機関

主治医氏名

印

（主治医が自署又は記名押印）

次のとおり、標記助成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）
夫の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の名前			
助成対象者であることの確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産、あるい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	年 月 日から 年 月 日		
助成対象期間※1	年 月 日から6か月間		
助成対象となる不育症検査に係る患者負担（領収）※2 (指定医療機関又は助成対象医療機関分)	円		
不育症検査の内容	<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 <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

注意：この証明書は、指定医療機関又は助成対象医療機関が記載してください。

※1 助成対象期間は、不育症検査開始日から6か月以内です。

※2 助成対象となる自己負担（領収）額は、特定不妊治療費助成の受診等証明書で計上した検査費用を除いてください。