

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		生年月日	年 月 日（ 歳）
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の名前		生年月日	年 月 日（ 歳）
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	年 月 日から 年 月 日		
助成対象期間 ※2	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日から 1年間		
助成対象となる不育症検査に係る患者負担（領収）	円		
不育症検査の種類	<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グルコプロテイン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XII因子活性、プロテインS活性若しくは抗原、プロテインC活性若しくは抗原、APTT） <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※1 この証明書は、医療機関が記載してください。

※2 夫又は妻のみの証明書の場合は、そのどちらか一方の検査期間を記載してください。

夫婦双方の証明書の場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から検査終了日までの期間を記載してください。

※3 他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費が対象です。