

三芳町不育症検査費助成事業に係る実施証明書

（あて先）三芳町長

次のとおり、標記助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

年 月 日

（不育症検査実施医療機関）所在地

医療機関名

代表者

電話番号

主治医氏名

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者（男）の名前		生年月日	年 月 日（ 歳）
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者（女）の名前		生年月日	年 月 日（ 歳）
助成対象者であることの確認 （右記該当事項に <input checked="" type="checkbox"/>)	<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※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		
検査種類	検査項目（下記該当事項に <input checked="" type="checkbox"/>)		
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"/> 抗リン脂質抗体検査（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ラント、抗CLlgG抗体、抗CLlgM抗体、抗PEI gG抗体、抗PEI gM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：男女のうち一方の検査の実施を証明する場合は、証明する対象者が実施した検査の期間を記載してください。男女両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。

例 女性の検査期間 H30.3.1~H30.9.30、男性の検査期間 H30.12.1~H31.3.31 の場合
 ⇒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：他の助成金を受けていない不育症検査に係る経費であること。