

秩父市長 様

所在地： _____

医療機関名： _____

主治医氏名： _____

秩父市早期不妊検査実施証明書

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。

医療機関記入欄

| | | | |
|-----------------------------|--|---|-----------------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和 年 月 日（ 歳） 平成 |
| 対象者（男性）の名前 | | 生年月日 | 昭和 年 月 日（ 歳） 平成 |
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和 年 月 日（ 歳） 平成 |
| 対象者（女性）の名前 | | 生年月日 | 昭和 年 月 日（ 歳） 平成 |
| 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 | | |
| 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。