

横瀬町早期不妊検査実施証明書

年 月 日

横瀬町長 様

所在地： _____

医療機関： _____

主治医氏名： _____

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。

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)
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
 検査期間は H30. 3. 1~H31. 3. 31
 助成対象期間は 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妊検査にかかる経費であること。