

様式第2号の2（第6条関係）

三郷市不育症検査実施証明書

三郷市長 あて

年 月 日

所在地： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医氏名： \_\_\_\_\_

次のとおり、標記助成事業の対象となる不育症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	年 月 日（ 歳）
夫の氏名			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の氏名			
助成対象者であることの確認 (右記該当項目に☑)	<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	検査期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象の期間	夫又は妻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（下記該当項目に☑）		
不育症検査	<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ulant、抗GLIgG抗体、抗GLIgM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、フーリンS活性もしくは抗原、フーリンC活性もしくは抗原、APTT）		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		