

様式第2号の2（第6条関係）

三郷市不育症検査費助成に係る実施証明書

三郷市長 あて

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。

年 月 日

（不育症検査実施医療機関）所在地

医療機関名 印

電話番号

主治医氏名 印

（主治医が自署又は記名押印）

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
夫氏名						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
妻氏名						
助成対象者であることの確認（右記該当項目に☑）	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 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 日まで					
助成対象の期間	（夫または妻の検査開始日のうち、いずれか早い日） 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）額 （指定医療機関または助成対象医療機関分）			円			
検査の内容 （該当するものに☑）	検査項目					
	子宮形態検査（経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡） 内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） 夫婦染色体検査 抗リン脂質抗体（抗加ジオリピン 2グルコピロリン 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PElgG抗体、抗PElgM抗体） 凝固因子検査（第 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） その他（ ）					
現在の状況 （予定を含む） （該当するものに☑）	不妊検査		人工授精			
	タイミング指導		体外受精・顕微授精			
	その他（ ）					

注意：この実施証明書は、特定不妊治療費助成事業における指定医療機関または助成対象医療機関が記載してください。