

三郷市不妊検査実施証明書

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)
夫の氏名			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
妻の氏名			
不妊検査期間	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	☐ 精液検査 ☐ その他 ()	☐ 基礎体温測定 ☐ 超音波検査 ☐ 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） ☐ クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 ☐ 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） ☐ 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） ☐ その他 ()	

※申請期限

- 1. 検査終了日（申請基準日）が属する年度の末日
- 2. 検査開始日から1年を経過した日（申請基準日）が属する年度の末日

上記1、2いずれか早い年度の末日

ただし、上記の申請基準日が1月1日から3月31日までとなる場合は翌年度の6月30日までに申請してください。

助成対象は、不妊症の診断のために医師が必要と認めた一連の検査で、医療保険適用・適用外を問いません。
上記検査及び検査に係る初診料、再診料、文書料も対象です。

投薬や注射、人工授精などの治療費や食事代、入院費等は対象外