

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

年 月 日

三郷市長 あて

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。

フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
夫の氏名			
フリガナ		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☑）	☐ 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	検査期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
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	☐ 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（抗カルジオリンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグーラント、抗CLIgG抗体、抗CLIgM抗体、抗PEIgG抗体、抗PEIgM抗体） ☐ 凝固因子検査（第Ⅻ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（ ）		

※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、不育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や食事代入院費等は対象外です。