

三郷市早期不妊検査実施証明書

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妊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		生年月日	年 月 日（ 歳）
フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
不妊検査期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ~ 年 月 日		
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	<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、エストロゲン、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（ ）	

※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や食事代入院費等は対象外です。