

年 月 日

小川町長 宛て

所在地

医療機関

主治医氏名

（主治医が自署又は記名押印）

印

印

小川町不育症検査費助成事業に係る実施証明書

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。

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
夫の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の名前			
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※1	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※2 （指定医療機関又は助成対象医療機関分）	円		
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）		
不育症検査※3	<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（抗カドオリフィンβ2グルコヘリンI複合体抗体、ループスアンチコアグラント、抗CLiG抗体、抗CLiGM抗体、抗PEiGG抗体、抗PEiGM抗体） <input type="checkbox"/> 凝固因子検査（第Ⅶ因子活性、フヘリンS活性もしくは抗原、フヘリンC活性もしくは抗原、APTT） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

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

※1：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちらか一方の検査期間を記載してください。

夫婦双方の検査を証明する場合は夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日から検査終了日を記載してください。

例 妻の検査期間 H30. 3. 1~H30. 9. 30、夫の検査期間 H30. 12. 1~H31. 3. 31

検査期間は H30. 3. 1~H31. 3. 31

助成対象期間は H30. 3. 1~1年間（H31. 2. 28まで、H31. 3. 1~H31. 3. 31は検査を行っていたとしても助成対象外）

※2：指定医療機関に限り、助成対象となる患者負担（領収）額は特定不妊治療費助成の実施証明書で計上した検査費用を除くこと。

※3：他の助成金を受けていない不育症検査に係る経費であること。