

様式第2号の2 (第6条関係)

入間市不育症検査費助成事業不育症検査実施証明書

年 月 日

(宛先) 入間市長

不育症検査実施医療機関 所在地
 医療機関名
 代表者氏名
 電話番号
 主治医氏名

次のとおり、入間市不育症検査費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	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産又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)	年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象期間 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象不育症検査に係る患者負担 (領収) 額 (※2)	円		
検査種類	検査項目		
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 (抗カルジオリピンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグナント、抗CLIGG抗体、抗CLIGM抗体、抗PEIGG抗体、抗PEIGM抗体) <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 (第XII因子活性、プロテインS活性又は抗原、プロテインC活性又は抗原、APTT) <input type="checkbox"/> その他 ()		

注意 この証明書は、医療機関が記載してください。

※1 検査期間は、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どちらか早い方の日から検査終了日のどちらか遅い方の日までの期間を記載してください。また、助成対象期間は、1年間を上限とします。

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~H31. 2. 28 (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 助成対象不育症検査に係る患者負担 (領収) 額は、特定不妊治療費助成事業の実施証明書で計上した検査費用を除いてください。

※3 入間市以外の市町村等の助成の対象となる経費は、入間市の助成の対象としません。