

様式第2号（第6条関係）

入間市早期不妊検査費助成事業不妊検査実施証明書

年 月 日

（宛先）入間市長

不妊検査実施医療機関 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、入間市早期不妊検査費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			
フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の氏名			
不妊検査期間（※1）		年 月 日 ～ 年 月 日	
助成対象期間（※1）		年 月 日 ～ 年 月 日	
A	助成対象不妊検査に係る患者負担（領収額）（※2） （主たる医療機関分）		円
B	助成対象不妊検査に係る患者負担（領収額）（※2） （主たる医療機関と連携する医療機関分）	医療機関名 []	円
A + B			円
検査種類	男性の検査	女性の検査	
不妊検査（※3）	<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） <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（ ）	

注意 この証明書は、医療機関が記載してください。医療機関において、主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の医療機関で男性の不妊検査を実施した場合は、主治医が患者から男性不妊検査費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。夫と妻がそれぞれ別の医療機関で検査を受けた場合は、それぞれの実施証明書が必要となります。

※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 助成対象不妊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。