

さいたま市長

所在地
医療機関
主治医氏名
(主治医が自署又は記名押印)

さいたま市早期不妊検査実施証明書

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。

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
夫の 名前						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
妻の 名前						
不妊検査期間※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※2	☐ 精液検査 ☐ その他 ()		☐ 基礎体温測定 ☐ 超音波検査 ☐ 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、 テストステロン測定等) ☐ クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 ☐ 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) ☐ 頸管因子検査 (頸管粘液検査、フナー検査等) ☐ その他 ()			

※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。

※2：他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。