

年 月 日

（宛先）

東秩父村長

所在地

医療機関

印

主治医氏名

印

（主治医が自署又は記名押印）

東秩父村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	年 月 日（ 歳）
夫の 名前			
ふりがな		生年月日	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		
A	助成対象となる不妊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	
B	助成対象となる不妊検査に係る患者負担 （領収）額※ 2 （指定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（下記該当項目に☑）	女性の検査（下記該当項目に☑）	
不妊検査※ 3	☐ 精液検査 ☐ その他（ ）	☐ 基礎体温測定検査 ☐ 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、プロゲステロン、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（ ）	

注意：夫と妻がそれぞれ別の助成対象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：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちら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。