

年 月 日

（宛先）

東秩父村長

所在地

医療機関

主治医氏名

（主治医が自署又は記名押印）

印

印

東秩父村不育症検査実施証明書

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 夫の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の 妻の名前			
助成対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	☐ 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 ☐ 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	☐ 子宮形態検査（経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡） ☐ 内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 抗リン脂質抗体（抗カルジオレリンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグulant、 抗CLIG抗体、抗CLIGM抗体、抗PEIG抗体 抗PEIGM抗体） ☐ 凝固因子検査（第XII因子活性、プロテインS活性もしくは抗原、プロテインC活性 もしくは抗原、APTT） ☐ 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育症検査に係る費用であること。