

新座市長

所在地： _____
 医療機関名： _____
 主治医氏名： _____

埼玉県新座市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	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
対象者（女）の名前						
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
対象者（男）の名前						
助成対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者					
不育症検査期間※1	検査期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
助成対象の期間	対象者の検査開始日のうち、どちらか早い日 令和 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	円					
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）					
不育症検査※2	<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（抗カゾオピオンβ2グルボリン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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> その他（ ）					

※1：対象者双方の検査を証明する場合は対象者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。

例 対象者（女）の検査期間 R5.3.1~R5.9.30、対象者（男）の検査期間 R5.12.1~R6.3.31 の場合
 ⇒ 検査期間 R5.3.1~R6.3.31

助成対象期間 R5.3.1~1年間（R6.2.29まで。R6.3.1~R6.3.31は検査を行っていたとしても助成対象外）

※2：他の助成金を受けていない不育症検査に係る経費であること。