

年 月 日

春日部市長 あて

所在地

医療機関

主治医氏名

春日部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	年 月 日 (歳)
対象者(男)の氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
対象者(女)の氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
不妊検査期間※1	検査期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象の期間	対象者の検査開始日のうち、いずれか早い日 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	<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又は核酸増幅検査 <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。

※1：男女のうち一方の検査の実施を証明する場合は、証明する対象者が実施した検査の期間を記載してください。

男女双方の検査を証明する場合は、男女それぞれの検査開始日のうち、いずれ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係る経費が対象です。