

年 月 日

(あて先)本庄市長

所在地： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医氏名： \_\_\_\_\_

本庄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)
夫の名前		生年月日	年 月 日 ( 歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
妻の名前		生年月日	年 月 日 ( 歳)
不妊検査期間※1	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	<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あるいは核酸増幅検査 <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（ ）	

※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。

〔 例 妻の検査期間 R2. 3. 1~R3. 9. 30、夫の検査期間 R2. 12. 1~R3. 3. 31 の場合  
⇒検査期間 R2. 3. 1~R3. 3. 31  
助成対象期間 R2. 3. 1~1年間（R3. 2. 28まで） 〕

※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。