

吉川市不妊検査費助成に係る実施証明書

（宛先）吉川市長

次のとおり、標記助成の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名

主治医氏名

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
男性の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
女性の名前			
不妊検査期間※1	年 月 日～ 年 月 日		
助成対象の期間	男性又は女性の検査開始日のうち、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（頸管粘膜検査、フーナー検査等） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※1：男性又は女性のどちらか一方の検査を証明する場合は、その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、男性の検査開始日又は女性の検査開始日のどちらか早い日から男性の検査終了日又は女性の検査終了日のどちらか遅い日までを記載してください。

例：男性の検査期間 R5.12.10～R6.3.15

女性の検査期間 R5.6.20～R5.10.30

→不妊検査期間 R5.6.20～R6.3.15

※2：他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費であること。