様式第２号の２（第６条関係）

不育症検査実施証明書

熊谷市長　　宛

次のとおり、熊谷市早期不妊検査費等助成金の補助対象となる不育症検査を実施したことを証明します。

年　　月　　日

（不育症検査実施医療機関）所　在　地
医療機関名
電 話 番 号
主治医氏名

夫	ふりがな		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
	氏　　名			
妻	ふりがな		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
	氏　　名			

不育症検査期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
助成対象期間	年　　月　　日から１年間
助成対象となる不育症検査に係る患者の自己負担額	円

検査の内容 （該当するものに☑）	□　子宮形態検査（経膣超音波、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（抗カルジオリピンβ2 グルコプロテインⅠ複合体抗体、ループスアンチコアグラント、抗 CLIgG 抗体、抗 CLIgM 抗体、抗 PEIgG 抗体、抗 PEIgM 抗体） □　凝固因子検査（第Ⅻ因子活性、プロテインＳ活性又は抗原、プロテインＣ活性又は抗原、APTT） □　その他（　　）

（備考）

１　この実施証明書は、不育症検査を実施した医療機関の医師が記入すること。

２　妻のみが受けた不育症検査の場合は、「夫」欄は記入しないこと。

３　「不育症検査期間」欄について、不育症検査を受けた期間が夫婦で異なる場合は、当該不育症検査の初日のいずれか早い方の日から当該不育症検査の末日のいずれか遅い方の日までの期間を記入すること。

４　「助成対象期間」欄について、不育症検査を受けた期間が夫婦で異なる場合は、当該不育症検査の初日のいずれか早い方の日を記入すること。