様式第２号（第６条関係）

不妊検査実施証明書

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妊検査を実施したことを証明します。

年　　月　　日

（不妊検査実施医療機関）所　在　地
医療機関名
電 話 番 号
主治医氏名

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

不　妊　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
助成対象となる不妊検査に係る患者の自己負担額	円

	男性の検査	女性の検査
検査の内容 （該当するものに☑）	☐　精液検査 ☐　その他 （　　）	☐　基礎体温測定 ☐　超音波検査 ☐　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） ☐　クラミジア抗体検査又は核酸増幅検査 ☐　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） ☐　頸（けい）管因子検査（頸管粘液検査、フーナー検査等） ☐　その他（　　）

（備考）

１　この実施証明書は、不妊検査を実施した医療機関の医師が記入すること。

２　「不妊検査期間」欄について、不妊検査を受けた期間が夫婦で異なる場合は、当該不妊検査の初日のいずれか早い方の日から当該不妊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。

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