

本宮市不育症治療費助成事業に係る不育症検査実施証明書

年 月 日

本宮市長

医療機関の所在地

医療機関名

印

主治医氏名

印

（主治医が自署又は記名押印）

次のとおり、本宮市不育症治療費等助成事業の対象となる不育症検査を実施したことを証明します。

夫 氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日（ 歳）
妻 氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日（ 歳）
既往流産死産回数	回 （助成金対象は2回以上の場合）		
不育症検査期間 ※1	年 月 日 ～ 年 月 日		
助成対象となる不育症検査に係る患者負担額 ※2	円		
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）		
不育症検査 ※3	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査（経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡、MR I） <input type="checkbox"/> 内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体（抗カルジオリピンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグulant、抗CLiIgG抗体、抗CLiIgM抗体、抗PEiIgG抗体、抗PEiIgM抗体） <input type="checkbox"/> 凝固因子検査（第XII因子凝固活性、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） <input type="checkbox"/> 自己抗体検査（抗TPO抗体、抗核抗体） <input type="checkbox"/> 流死産胎児絨毛染色体・流死産胎児絨遺伝子検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※1：夫婦双方の実施証明書の場合は、夫又は妻の検査開始日のうち早い日を、検査終了日は遅い日を記載してください。

※2：患者負担額に次の費用は含めないでください。

- (1) 入院時の差額ベッド代、食事代又は文書料等直接治療に関係のない費用
- (2) 出産（流産、死産等を含む）にかかる費用
- (3) 他県及び他市町村で助成されていた期間に係る不育症検査の費用

※3：他の助成金の交付を受けていない不育症検査に係る費用であること。