

三芳町早期不育症検査費助成事業に係る実施証明書

(あて先) 三芳町長

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。

年 月 日

(不育症検査実施医療機関) 所在地

医療機関名

代表者

印電話番号

主治医氏名

印

(主治医が自署又は記名押印)

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)
助成対象者であることの確認 (右記該当事項に☑)	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産、あるいは早期新生児死亡の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者		
不育症検査期間	年 月 日から 年 月 日まで		
助成対象期間	(夫または妻の検査開始日のうち、いずれか早い日) 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負担(徴収)額 (指定医療機関または助成対象医療機関分)			円
検査の内容 (該当するものに☑)	検査項目		
	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査(経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡) <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"/> 抗リン脂質抗体検査(抗カルギオリビンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグレン ト、抗CLlGM抗体、抗PEI gG抗体、抗PEI gM抗体) <input type="checkbox"/> 凝固因子検査(第XIII因子活性、プロテインS活性もしくは抗原、プロテインC 活性もしくは抗原、APTT) <input type="checkbox"/> その他()		
現在の状況 (予定を含む) (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 不妊検査 <input type="checkbox"/> タイミング指導 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精		