

様式第3号（第6条関係）

北本市不育症検査実施証明書

年 月 日

（宛先）北本市長

所在地

医療機関

主治医氏名

次のとおり、標記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。

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
夫の氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
助成対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	☐ 2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡の既往がある者 ☐ 医師が不育症と判断した者		
不育症検査期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日		
助成対象の期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ～ 1年間		
助成対象となる不育症検査に係る患者負担（領収）額	円		
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）		
不育症検査※2	☐ 子宮形態検査（経膈超音波、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Ⅲ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（ ）		

※1 夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちらか一方の検査期間を記載してください。

夫婦双方の検査を証明する場合は、夫又は妻の検査開始日のうちどちらか早い日から検査終了日を記載してください。

※2 他の助成金を受けていない不育症検査に係る経費であること。