

長瀬町長 様

所在地  
医療機関名  
主治医氏名

## 長瀬町早期不妊検査実施証明書

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。

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
夫の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の名前			
不妊検査期間※1	検査期間	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		
助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額	円		
検査種類	男性の検査（下記該当項目に☑）	女性の検査（下記該当項目に☑）	
不妊検査※2	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査（黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストロゲン、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） <input type="checkbox"/> クラミア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） <input type="checkbox"/> 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。  
例 妻の検査期間 R3.3.1~R3.9.30、夫の検査期間 R3.12.1~R4.3.31  
検査期間は R3.3.1~R4.3.31  
助成対象期間は R3.3.1~1年間（R4.2.28 まで）
- ※2：他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。