様式第２号（第５条関係）

松伏町早期不妊検査実施証明書

年　　月　　日

松伏町長　宛て

（不妊検査実施医療機関）所　在　地
医 療 機 関
主治医氏名　　㊞
（主治医が自署又は記名押印）

次のとおり、標記助成の対象となる早期不妊検査を実施したことを証明します。

ふりがな 夫の名前		生年月日	年　月　日（　歳）
ふりがな 妻の名前		生年月日	年　月　日（　歳）
不妊検査期間※１		年　月　日から　年　月　日	
助成対象期間		夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 年　月　日から６か月間	
A	助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額※２ （指定医療機関又は助成対象医療機関分）	円	
B	助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額※２ （指定医療機関又は助成対象医療機関分）	医療機関名 【　】 円	
A　＋　B		円	

不妊検査の内容	男性の検査	女性の検査
	□　精液検査 □　その他（　）	□　経腟超音波検査 □　血液検査（ホルモン検査等） □　頸管粘液検査 □　子宮卵管造影検査 □　抗精子抗体検査 □　その他（　）

注意：この証明書は、指定医療機関又は助成対象医療機関が記載してください。

指 定 医 療 機 関：主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関の他の医療機関で男性の不妊検査を実施した場合は、主治医が患者から男性不妊検査として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

助成対象医療機関：夫と妻がそれぞれ別の助成対象期間で検査を受けた場合は、それぞれの実施証明書が必要となります。

※１　助成対象期間は、夫又は妻の検査開始日のうちどちらか早い日を掲載してください。

【例】妻の検査期間⇒４月１０日～８月２０日、夫の検査期間⇒９月３日から１０月１５日
不妊検査期間⇒４月１０日～１０月１５日で、助成対象期間は４月１０日から６か月

※２　助成対象となる自己負担（領収）額は、特定不妊治療費助成の受診等証明書で計上した検査費用を除いてください。