

不育症検査費用助成事業に係る受検証明書

次の者について、不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流死産の既往のある者に対して先進医療として行う不育症検査）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

- 当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。
(該当することを確認の上、に✓を入れてください。)

ふりがな	
受検者の氏名	
受検者の生年月日	昭和・平成 年 月 日
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む（助成金の対象者となるのは2回以上の場合）
今回の妊娠における不妊治療の有無	<input type="checkbox"/> 有り（治療期間 年 ヶ月） <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
今回の妊娠における不育症治療の有無	<input type="checkbox"/> 有り（治療内容： ） <input type="checkbox"/> 無し
実施した先進医療の検査	
検査実施日	令和 年 月 日
検査結果	<input type="checkbox"/> 所見無し（46, XX 46, XY） <input type="checkbox"/> 所見有り（内容： ） <input type="checkbox"/> 分析不可
領収金額	[※先進医療の検査費用に限る] 円

受給者番号
*自治体記入欄

医療機関の方へ

この様式は参考様式です。上記内容が網羅されていれば、この様式によらなくてもかまいません。