

様式第2号

不育症検査費用助成検査受検証明書

下記の者については、不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流産の既往のある者に対して先進医療として行う）先進医療として告示された不育症検査を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
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、口に✓を入れてください）

（ふりがな） 受検者	氏名	（ ）	生年 月日	年 月 日（ 歳）
既往流産回数	回 ※今回の流産を含む（助成金の対象となるのは2回以上の場合）			
今回の妊婦における 不妊治療の有無	有り（治療期間 年 ヶ月） ・ 無し ・ 不明			
今回の妊婦における 不育症治療の有無	有り（治療内容： ） ・ 無し			
実施した先進医療の 検査				
検査実施日	年 月 日			
検査結果	所見無し（46,XX 46,XY） ・ 所見有り（内容 ） ・ 分析不可			
領収金額	〔今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る〕 検査費用 領収金額 円			