

受給者番号

(受給者番号について、医療機関での記載は不要です。)

医療機関発行の領収書添付箇所
(裏面添付又は別添可)

不育症検査費助成事業検査受検証明書

下記の者については、不育症検査費助成事業の対象となる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とおり徴収したことを証明します。

(元号) 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(主治医が記入してください。)

当医療機関は、保険適用になっている不育症に関する治療及び検査について、保険診療で実施している。

(注)該当することを確認の上、□にチェックを入れてください。

記

(ふりがな) 受検者	氏名	()	生年 月日	(元号) 年 月 日(歳)
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	有り(治療期間 年 ヶ月) ・ 無し ・ 不明			
今回の妊娠における 不育症治療の有無	有り(治療内容:) ・ 無し			
実施した先進医療検査				
検査実施日	(元号) 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 ※先進医療に係る部分に限る。] 検査費用 領収額 円			

※申請者は、承認医療機関発行の領収書(原本)を添付して提出してください。