第２号様式（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |

不育症検査受検証明書

下記の者については、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。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

* 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、□にチェックをしてください。）

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受検者氏名 | （　　　　　　　　　　） | 生年  月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
|  |
| 既往流死産回数 | 回 | | |
| ※今回の流死産を含む（助成金の対象となるのは２回以上の場合に限られます。）。 | | |
| 今回の妊娠に  おける不妊治療の  有無 | 有り（治療期間　　年　　箇月）　・　　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 | 〔今回の検査に要した費用の金額合計（先進医療部分に限る。）〕 | | |
| 検査費用　　　　領収金額　　　　　　　　　　　　円 | | |