

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		