

様式第2号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(記入不要)

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

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	氏名	()	生年 月日	昭和 平成	年	月	日()	歳)
既往流産回数	回 ※今回の流産を含む（補助金の対象となるのは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	[※先進医療の検査費用に限る] 領収金額 円							