

不育症検査費用助成申請に係る証明書

次の者については、不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流死産の既往のある者に対して先進医療として行う不育症検査）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。
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ます。

令和 年 月 日

指定医療機関の住所
名称 ㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな)		
受検者氏名		
生年月日	昭和・平成 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）	
今回の妊娠における 各治療の有無	不妊治療	不育症治療
	☐ あり （治療期間： 年 ヶ月） ☐ 無し ☐ 不明	☐ あり （治療内容） _____ _____ ☐ 無し
実施した 先進医療の検査		
検査実施日	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
検査結果	☐ 所見なし(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合計金額 ※先進医療部分に限る〕 検査費用 領収金額 円	
	その他特記事項 主治医氏名 _____ (主治医が自署若しくは記名押印)	

※ 上記の検査結果等は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で国に提出し、施策の検討に活用されます。