**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。

　　　年　　　月　　　日

　　　　医療機関の名称および所在地

主治医氏名

**医療機関記入欄（※　主治医が記入すること）**

以下の点を確認のうえ、□にチェックを入れてください。

（**※　確認がない場合は助成を受けられません。**）

□　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。

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 | あり　（治療期間　　　年　　　か月）・　なし　・　不明 |
| 今回の妊娠における不育症治療の有無 | あり（治療内容：　　　　　　　　　　　　　）　・　なし |
| 実施した先進医療の検査 |  |
| 検査実施日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 検査結果 | 所見なし（46,XX　46,XY）　　　　　・　分析不可・　所見あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 領収金額 | （※先進医療の検査費用に限る）**領収金額　　　　　　　　　　　　円** |

※申請者は、医療機関発行の領収書および明細書を裏面に貼付すること。（別紙でも可）