

受給者番号	
-------	--

### 不育症検査費用助成事業受検証明書

年 月 日

所在地  
医療機関名  
主治医氏名

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。

記

#### 医療機関記入欄（主治医が記入してください）

<input type="checkbox"/> 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。 ※該当することをご確認のうえ、□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（助成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	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
実施した検査	
検査実施日	年 月 日
検査結果	所見なし（46, XX 47, XY） 所見あり（内容： ） 分析不可
領収金額	[今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る] 検査費用 _____ 円
備考	(その他特記事項)

(注) 領収金額には、文書料など、不育症検査に直接関係のない費用は対象外となります。