

様式第2号

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

(左の受給者番号欄は、医療機関での記入は不要です。)

徳島県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次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

\_\_\_\_\_

主治医氏名 (自署)

\_\_\_\_\_

----- 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、□にチェックを入れてください。

(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	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	令和 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	〔今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療の検査費用に限る〕 検査費用 領収金額 円						

