

岡崎市不育症検査費補助事業受検証明書

下記の者については、不育症検査費補助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。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

（自筆の場合は押印不要）

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	平成 昭和	年	月	日（ 歳）
既往流死産回数	回 今回の流死産を含む（補助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 （いずれかに○）	有り（治療期間 年 か月） ・ 無し ・ 不明					
今回の妊娠における 不育症治療の有無 （いずれかに○）	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 （いずれかに○）	所見無し（46,XX、46,XY） ・ 所見有り（内容： ） ・ 分析不可 その他（ ）					
領収金額	〔 今回の検査にかかった金額の合計 先進医療部分に限る 〕 検査費用 領収金額 円					

担当者記入欄

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--