

不育症検査費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通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名

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✓を入れてください。）

(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	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	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	[※先進医療の検査費用に限る] 領収金額 円		