様式第２号

不育症検査費用助成申請に係る証明書

次の者については、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。

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ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医療機関の住所

　　　　　　　　　　　 　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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（助成金の対象となるのは２回以上の場合） |
| 今回の妊娠における各治療の有無 | 不妊治療 | 不育症治療 |
| □ 有り(治療期間:　　 年　　 ヶ月)□ 無し□ 不明 | □ 有り(治療内容) 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 無し□ 不明 |
| 実施した先進医療の検査 |  |
| 検査実施日 | 令和　　　年　　　月　　　日～令和　　年　　　月　　　日 |
| 検査結果 | □ 所見なし(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合計金額　※先進医療部分に限る〕　　検査費用　　領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
|  | その他特記事項　　　　　　　主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（主治医が自署若しくは記名押印） |

※　上記の検査結果等は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で国に提出し、施策の検討に活用されます。

※ 上記の検査結果等は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で国に提出し、施策の検討に活用されます。

※ 上記の検査結果等は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で国に提出し、施策の検討に活用されます。

【自治体記入欄】 都道府県等名：広島市　 報告Ｎｏ：