様式第２号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |

（この欄は記入しないでください。）

盛岡市不育症検査費助成検査受検証明書

下記の者については、流産（生化学的流産を除く。）又は死産の既往が２回以上あり、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。

　　年　　月　　日

医療機関の名称

所在地

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）  受給者 | 氏名 | （　　　　　　　　　　） | 生年月日 |  |
| 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不妊治療の有無 | 有り（治療期間　　　年　　　カ月）　・　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 | （元号）　　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 | | | |

※　実施医療機関の主治医は、不育症検査結果個票を併せて作成し、添付すること。