（申請書別記様式第１号）

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、先進医療として告示された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

電 話 番 号　　（　　）

（下記をご確認の上、□にチェックをいれてください。助成を受けるには２項目ともチェックが必要です。）

□下記の受検者について、今回の妊娠を含めて2回以上の流産（生化学流産を含まない）、死産の既往がある。

□下記の受検者について、保険適用されている不育症の診療、治療または検査を当医療機関で保険診療として実施している。

（ふりがな） 受検者	氏名	（　　）	生年月日	昭和・平成　年　月　日（　歳）
実施した検査	流産検体を用いた染色体検査			
検査実施日	令和　　年　　月　　日			
領収年月日	〔今回の検査にかかった金額合計　※先進医療部分に限る〕 検査費用　　領収金額　　円			

（注）この証明書は、医療機関が作成してください。

医療機関は、申請書別記様式第２号「不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）」を併せて作成し、添付してください。

医療機関の領収書及び診療明細書（原本）を添付してください。