

千葉県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、不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流死産既往のあるもの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。

令和 年 月 日

医療機関 所在地

医療機関 名

主治医 氏名

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、口に✓を入れてください。）

記

（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	あり（治療期間 年 か月 ・ なし ・ 不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	あり（治療内容： ） ・ なし		
実施した検査			
検査実施日	令和 年 月 日		
検査結果	所見なし(46,XX 46,XY) ・ 所見あり() ・ 分析不可		
領収金額	[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		

※医療機関記入（主治医が記入すること）