

(別紙)

様式第2号(第5条関係)

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、松山市不育症検査費用助成事業実施要綱第2条第1項に定める助成の対象となる検査(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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

(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回数を記入してください。 ※助成金の対象者となるのは、2回以上の場合です。		
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	[今回の検査に要した金額合計 ※先進医療部分に限る。] 検査費用 領収金額 円		

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(※)。

(※) 該当することを確認の上、欄に✓を記載してください。