寝屋川市不育症治療費等助成事業受診等証明書

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通り領収したことを証明します。

年 月 日

〒 ー

医療機関の所在地

医療機関名

主治医氏名

医療機関記入欄

☐ 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、□にチェックを入れてください。			
受検者	ふりがな		生年月日 年 月 日
	氏名		
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)		
実施した先進医療の検査	☐ 流死産検体を用いた遺伝子検査		
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	今回の検査にかかった金額合計 領収金額 円 ※先進医療として行われている検査費用に限ります。 ※金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に初めから書き直してください。(訂正不可)		
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		

【留意事項】

本助成事業の対象となるのは、国が当該先進医療の実施医療機関として承認している医療機関で、検査を実施した場合に限ります。