

第2号様式

香川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徴収したことを証明する。

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（主治医が記入してください。）

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) 受検者氏名	()	生年 月日	昭和 平成	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	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				
検査年月日	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	(※先進医療の検査費用に限る) 領収金額 円			
備考欄	(特記事項がある場合、その他の内容の記入枠が不足の場合は、ここにご記入ください。)			