

東大阪市不育症検査受検証明書

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とおり領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おり、
その実施医療機関として承認されている保険医療機関である。
(内容を確認の上、主治医がを記載してください。確認が無い場合は、助成を受けることができません。)

| | | | |
|-----------------------|---|------|-------|
| (ふりがな) 受検者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 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（治療期間 年 か月） ・ 無 ・ 不明 | | |
| 今回の妊娠における 不育症治療の有無 | 有（治療内容： ） ・ 無 | | |
| 実施した 先進医療の検査 | | | |
| 検査実施日 | 年 月 日 | | |
| 検査結果 | 所見なし（46, XX 46, XY） ・ 所見あり（内容： ） ・ 分析不可 | | |
| 領収金額 | （今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る） 検査費用 _____ 円 | | |

東大阪市不育症検査受検証明書記載にあたっての注意事項

- 年月日は、医師が証明書を作成した日（患者様への交付日）を記載してください。
- 医師氏名は、必ず証明書を作成した医師の氏名を記載してください。
- 医療機関及び医師の押印は不要です。