

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

愛知県不育症検査費助成事業受検証明書

下記の者については、不育症検査費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します。

検査実施日以後の日付を記入してください。

令和〇年〇月〇日

医療機関名称 ○〇〇病院

所在地 ○〇市〇〇町1-2-3

必ずチェックを入れてください。

主治医氏名 愛知 太郎

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。)

必ず2回以上であること。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受検者	氏名	(あいち みなみ) 愛知 みなみ	生年 月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
既往流死産回数	2 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			
実施した検査	流死産検体を用いた遺伝子検査			
検査実施日	令和〇年〇月〇日			
検査結果	所見無し (46,XX (46,XY) ・ 所見有り (内容：)			
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	40,320		円

先進医療を実施する医療機関として届出（受理）された日以降に実施された検査が助成対象です。

(注) 申請者は、医療機関発行の領収書を裏面に貼り、添付すること。

申請者は医療機関から証明を受けた後、領収書を裏面に貼ってください。
なお、医療費控除等で使用される場合は、貼らずに領収書の原本と写しをご持参ください。