

明石市先進医療にかかる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、流産（生化学的流産を除く。）又は死産の既往が2回以上あり、先進医療として告示された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。

（下記の項目を確認し、該当する場合は、✓してください。なお、いずれかの項目に該当しない場合は、助成対象になりません。）

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。

当医療機関は、先進医療として告示されている不育症検査について、実施医療機関として承認を得ています。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名
(自署または記名押印)

(フリガナ) 受検者氏名	()
受検者の生年月日	年 月 日
実施した検査	流産検体を用いた染色体検査
検査実施日	年 月 日
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 領収金額 _____ 円 領収年月日 _____ 年 月 日

※ 本証明書は、実施医療機関の主治医が作成すること。

※ 実施医療機関の主治医は、不育症検査結果個票（様式第3号）を併せて作成し、添付すること。