

下関市不育症検査費助成事業受検証明書

宛先 下関市長

年 月 日

(医療機関) 住所
名称
主治医氏名
電話番号

下記の者については、下関市不育症検査費助成事業の対象となる検査（流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徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

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、口に✓を入れてください。)

(ふりがな) 受検者	氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
既往流産回数	回 ※今回の流産を含む（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 力月） ・ 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	[※先進医療の検査費用に限る] 検査費用 領収金額 円			