

豊中市不育症治療費等助成事業受診等証明書(検査)

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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

- 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。)

医療機関記入欄 (主治医が記入してください。)

| | | | | |
|-----------------------|---|-----|----------|------------|
| (フリガナ) 受検者氏名 | 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 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 | | | | |
| 検査実施日 | 年 月 日 | | | |
| 検査結果 | <input type="checkbox"/> 所見無し(46, XX 46, XY) <input type="checkbox"/> 所見有り(内容) <input type="checkbox"/> 分析不可 | | | |
| 領収金額 | 今回の検査にかかった金額(先進医療の検査費用に限る) 領収年月日 年 月 日 領収金額 円 | | | |