

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

（この欄は記入しないでください。）

### 兵庫県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。

令和 年 月 日

医療機関の名称  
所在地  
主治医氏名



（ふりがな） 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
上記検査について承認等受けた日	令和 年 月 日（※算定開始日）
検査実施日	令和 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 令和 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。