記入の注意点

様式第２号（第７条関係）

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。

✓漏れのないようにご注意ください。

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称　　印
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

和暦でご記入ください。

先進医療部分のみの金額（院内掲示が必要な額のこと。）をご記入ください。

※　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
　すること。