

高松市不育症検査費用助成検査受検証明書

次の者については、不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流死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。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名

㊟

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

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。）

（ふりがな） 受検者氏名	（ ）	生年 月日	年 月 日 （ 歳）
既往流死産回数	_____回 ※今回の流死産を含む（助成金の対象となるのは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 ____ 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	（※先進医療の検査費用に限る。） 領収金額 _____ 円		