

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

医療機関発行の領収書添付箇所
----------------

(裏面添付又は別添可)

### 大分県不育症検査費助成事業受検証明書

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  
主治医氏名

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、□に✓を入れてください。)

(ふりがな) 受検者	氏名	( )	生年 月日	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	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〕 円				