

秋田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、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

印

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ます。（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	昭和 平成	年 月 日	(歳)
既往流死産回数						
今回の妊娠における不妊治療の有無						
今回の妊娠における不育症の有無						
実施した先進医療の検査						
検査実施日	令和 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	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