

様式2

受給者番号

--	--	--	--	--

愛知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。

検査実施日以降の日付が記入されているか。

令和〇年〇月〇日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

〇〇〇病院

〇〇市〇〇町1-2-3

愛知 太郎

必ずチェックがあることを確認してください。

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。)

必ず2回以上であること。

(ふりがな) 受検者	氏名	(あいち みなみ) 愛知 みなみ	生年 月日	令和〇〇年〇月〇日(〇〇歳)
既往流死産回数	※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	<input checked="" type="checkbox"/> 有り(治療期間 年 ケ月) · 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	令和〇年〇月〇日			
検査結果 (次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 所見無し(46XX 46XY) · <input checked="" type="checkbox"/> 所見有り(内容:)			
検査結果 (抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査の場合)	陽性 · <input checked="" type="checkbox"/> 陰性			
領収金額	〔※先進医療の検査費用に限る〕 領収金額 120,000 円			

(注)申請者は、医療機関発行の領収書を裏面に貼り、添付すること。

必ず確認してください。

確定申告等、他で領収書の利用予定がある場合には、原本とコピーを提出してもらい、原本照合を行ってください。
原本は、確認した時点で「不育症検査費助成事業申請済」と記入し、申請者へ返却してください。