

## 青森市不育症検査費用助成事業受検証明書

下記の者については、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。

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）

(※該当することを確認のうえ、□にチェックを入れてください。)				
<input type="checkbox"/> 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及び検査について、保険診療で実施している。				
受検者	ふりがな		生年	年 月 日
	氏名		月日	
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	<input type="checkbox"/> 有り（治療期間 年 ヶ月） <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明			
今回の妊娠における不育症治療の有無	<input type="checkbox"/> 有り（治療内容： ） <input type="checkbox"/> 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"/> 所見有り（内容： ） <input type="checkbox"/> 所見無し（46, XX 46, XY） <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			