

様式第2-1号（第5条関係）

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、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。
（※該当する場合は、チェックをお願いします。）

(ふりがな) 受検者	氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
実施した検査				
検査実施日	年 月 日			
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(※1) _____ 円			

(注) 助成対象となる検査は、先進医療として告示されている以下のものに限りま

・流産検体を用いた染色体検査