第２号様式（第７条関係）

　受給者番号

八戸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通り徴収したことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

 　　　　　　　　　所在地

 　　　　　　　　 　 　　　実施医療機関 医療機関名

 　　　　　　 　　 主治医氏名

≪実施医療機関記入欄≫

※主治医が記入してください。

※下記の２点を確認の上、□にチェックを入れてください。確認が無い場合、受験者は　　助成を受けられません。

**□**当医療機関は、当該受検者に対して、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。

**□**下記の領収金額には、八戸市以外の市町村等からの助成を受けるために証明した金額を含んでいない。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 受検者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　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）　　・分析不可・所見有り（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 領収金額（検査にかかった金額合計） | ※先進医療として厚生労働省により告示されている不育症検査分に限る金　　　　　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| 医療機関発行の領収書添箇所（裏面添付または別添可） |