

受給者番号

### 福岡県先進医療不育症検査費用助成検査受検証明書

下記の者について、先進医療不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流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  
所在地  
連絡先  
主治医氏名

#### 医療機関記入欄(主治医記入)

チェック欄

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。)

(ふりがな) 受検者氏名	氏名	( )	生年月日	昭和 平成	年 月 日
既往流産回数	回 ※今回の流産を含む(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				
実施した検査					
検査実施日	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				
備考					

(注)注意事項  
以下に当てはまる場合のみ助成の対象となります、  
○ 先進医療として告示されている不育症検査を、その実施機関として承認されている保険医療機関で実施した場合。  
○ 保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関で実施した場合。