様式第2号①

# **八尾市不育症治療費等助成事業受診等証明書（検査費）**

下記の者については、不育症の検査（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とおり領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

 電話番号

主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入してください。)

|  |
| --- |
| * **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ます。**

　（該当することを確認のうえ、□に✓を入れてください。）  |
| 受検者 | ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 助成対象者の確認（該当することを確認のうえ、□に✓を入れてください。） | □既往流死産回数が２回以上の者 |
| 今回の妊娠における不妊治療の有無 | あり（治療期間　　　年　　　か月）・　なし　・ 不明 |
| 今回の妊娠における不育症治療の有無 | あり（治療内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　なし |
| 実施した先進医療の検査 |  |
| 検査実施日 | 年　　　月　　　日 |
| 検査結果（該当するものの□に✓をお願いします。） | □所見なし（46,XX　　46,XY）□所見あり（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□分析不可 |
| 領収金額合計（先進医療の検査費用に限る） | 　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　 |

【 記入にあたっての注意事項 】

・検査については令和４年12月１日以降に実施したものが対象です。

・証明内容について、本人同意のもと八尾市が問い合わせする場合があります。