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。