

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。）

<input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 所見なし（46, XX 46, XY） <input type="checkbox"/> 所見あり（内容 ） <input type="checkbox"/> 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。