

様式第2号

宮城県不育症検査費用助成検査受検証明書

下記の者については、宮城県不育症検査費用助成事業の対象となる検査（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通り徴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：

主治医氏名：

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

保険診療の状況 (該当の場合チェック <input checked="" type="checkbox"/>)	<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る。 ※該当しない場合(チェックがない場合)助成対象外となります。		
(ふりがな) 受検者	氏名	()	生年月日 (年号) 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	あり(治療期間 年 ヶ月) ・ 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	(年号) 年 月 日		
検査結果	所見なし(46,XX 46,XY) ・ 所見あり(内容:) ・ 分析不可		
領収金額	[※先進医療部分に限る] 検査費用 領収金額 円		

(注) ・ 申請者は、医療機関発行の領収書(写し)を添付すること。