

受給者番号	
-------	--

## 久留米市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徴収したことを証明します。

令和 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。

(ふりがな) 受検者	氏名	( )	生年月日	昭和 平成	年 月 日
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む（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 先進医療の検査					
検査実施日	令和 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					

## (注意事項)

- 以下の二項目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、その実施医療機関として届出を行っている又は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。
- 国が検査結果等を収集し、保険適用に向けた検討等に活用する場合がありますので、その際にご協力ください。