

受給者番号	
-------	--

医療機関発行の領収書添付箇所

年 月 日

山口県不育症検査費助成事業検査受検証明書

山口県知事様

(医療機関) 住所
 名称
 主治医氏名
 電話番号

下記の者については、山口県不育症検査費助成事業の対象となる検査(流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。

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

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。
 (該当することを確認の上、□に✓を入れてください。)

(ふりがな) 受検者	氏名	()	生年 月日	年 月 日(歳)
既往流産回数	回 ※今回の流産を含む(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 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	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	[※先進医療の検査費用に限る] 領収金額 円			