様式第２号

**大阪府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、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。

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地

及 び そ の 名 称

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る。

（該当することを確認の上、主治医が☑を記載してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (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 | 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 | 　 　　　　　　　　　　　　　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 |

大阪府不育症検査費用助成検査受検証明書記載にあたっての注意事項

* 年月日は、医師が証明書を作成した日（患者様への交付日）を記載してください。
* 医療機関の印を押印する必要はありませんが、押されている証明書も無効とはしません。
* 医師氏名は、必ず証明書を作成した医師の氏名を記載してください。

※申請者の申請期限は、「検査が終了した日の属する年度の末日から起算して３０日以内」　です。

（※当該日が土曜日、日曜日又は祝日の場合は、翌開庁日とします。）

【問い合わせ先】〒540－8570　　大阪市中央区大手前２－１－２２

　　　　　大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子グループ

　　　　電話：06-6941-0351　内線2545　　FAX：06-4792-1722