

第2号様式（第6条関係）

郡山市不育症検査費用助成事業受診等証明書

次の者については、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次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

郡山市長

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

- 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又は検査について、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) |
| 既往流死産回数 | 回 ※今回の流死産を含む（助成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 | 年 月 日 | | |
| 検査結果 (流死産検体を用いた 遺伝子検査の場合) | ・所見無し(46,XX 46,XY) ・所見有り(内容：) ・分析不可 | | |
| 検査結果 (抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテインI複合体抗体検査の場合) | 陰性・陽性 | | |
| 領収金額 | [今回の検査に要した金額合計 ※先進医療部分に限る。] 領収金額 円 | | |