

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		