

鳥取県不育症検査費助成事業に係る証明書

次の者について、鳥取県不育症検査費助成事業の対象となる先進医療として告示された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

医療機関の住所
名称
主治医氏名 ⑩
(署名または記名押印)

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(該当の場合は☑)

- 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ます。
- 当医療機関は、不育症に係る先進医療を実施する保健医療機関として届出を行っている又は承認されている医療機関です。

【受検者情報】

(ふりがな) 受検者氏名	()	生年月日 ※1 (和暦)	年 月 日 (歳)
助成対象確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産既往あり (該当の場合は☑)		
実施した検査 (対象検査)			
対象検査実施日 (和暦)	年 月 日		
領収年月日 (和暦)	年 月 日		
不育症検査費用 ※2	領収金額 円 (※告示された先進医療部分に限る。)		

- ※1 年齢は、検査日における年齢を記入してください。
- ※2 領収金額欄には、貴医療機関において今回実施した不育症検査に係る費用について、患者本人負担額を記入してください。ただし、告示された先進医療部分に限ります。
- ※3 文書料など、不育症検査に直接関係のない費用は対象外ですので記載しないでください。

【添付書類】

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）（様式第3号）