第２号様式（第５条第１項第１号）

不育症検査・治療実施医療機関証明書

年　　月　　日

（宛先）浦安市長

医療機関の名称
所在地
主治医氏名　　㊞

不育症検査・治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

	夫	妻
ふりがな		
氏名		
生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）
既往流死産等回数	流死産回数　　回　　早期新生児死亡回数　　回 ※今回の流死産を含む（助成金の対象者となるのは、2 回以上の流産、死産又は早期新生児死亡の既往がある場合）	
検査期間	年　月　日　～　年　月　日	
実施した不育症リスク因子の検査項目	□子宮形態検査　□血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査） □内分泌検査　□絨毛染色体検査 □夫婦染色体検査　□先進医療として告示された不育症検査 □抗リン脂質抗体検査　□その他（　）	
検査結果	□所見なし □所見あり （内容：　）	
治療期間	年　月　日　～　年　月　日	
不育症治療の有無	□治療なし □治療あり （内容：　）	
領収金額	円 ※保険適用外の検査、治療及び当該治療費にかかる薬剤の要した費用が対象です。 ※入院時食事療養費、差額ベッド代及び文書料その他治療に直接関係のない費用は、助成対象外のため除いてください。	