

甲府市不育症検査費（先進医療）助成事業受検証明書

（あて先） 甲 府 市 長

次のとおり、標記助成事業の対象となる検査を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

主治医氏名

（自署または押印）

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

※該当項目にチェックを入れてください。助成対象となるには全て該当する必要があります。

- 当医療機関は、保険適用されている不育症に関する検査・治療を保険診療で実施している。
- 当医療機関は、不育症検査に係る先進医療を実施する保険医療機関として届出を行っている又は承認されている。
- 受検者は、2回以上の流産又は死産の既往がある。

	(フリガナ) 氏 名	生年月日
受検者	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
実施した検査		
検査期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額	[今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る] 領収金額 _____ 円 (個室使用料、文書料等直接検査に関係のない費用は含みません。)	

※ 甲府市不育症検査費（先進医療）助成事業不育症検査結果個票を作成し、必ず添付してください。