

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（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。

	（フリガナ） 氏 名	生年月日
受検者	（ ）	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
既往流死産回数	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 か月） ・ 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		
検査期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
検査結果	所見無し（46, XX 46, XY） ・ 所見有り（内容： ） ・ 分析不可	
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。）	