

相模原市不育症検査費用助成金受検証明書

下記の者に対し、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通り徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

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る。

（上記を確認のうえ、 にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成の対象になりません。）

（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（助成金の対象となるのは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	令和 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〕 検査費用 _____ 円			

受給者番号											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

（左の受給者番号欄は、医療機関での記入は不要です。）