

さいたま市不育症検査費用助成検査受検証明書

次の受検者については、不育症検査費用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下記のとおり徴収したことを証明します。

なお、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おります。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(フリガナ) 受検者	氏名	( )	生年 月日 (年齢)	(元号) 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 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	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	[先進医療の検査費用に限る] 領収金額 円			

(注) 申請者は、医療機関発行の領収書(写し)を添付すること。

受給者番号				
-------	--	--	--	--

(左の受給者番号欄は、さいたま市使用欄です。)