第２号様式（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

越谷市長　宛

　　　　　　 　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

先進医療不育症検査受検証明書

下記の者については、越谷市先進医療不育症検査費助成金の助成の対象となる先進医

療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。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険診療の状況  （該当の場合チェック☑） | | **□**当医療機関は、保険適用となっている不育症検査に関する  治療・検査について、保険診療で実施している。  ※該当しない場合（チェックが無い場合）助成対象外です。 | | |
| 受検者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 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 | | 領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　円  （※先進医療の検査費用に限る。） | | |