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。） |