

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☑）		<input type="checkbox"/> 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。）		