

松本市不育症検査費用助成事業受検証明書

下記の者については、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。

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）

※該当することを確認の上、□に✓を入れてください。

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ます。

(ふりがな) 受検者	()	生年月 日	昭和・平成 年 月 日生 (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 不妊症治療の有無	有り（治療期間 年 か月） ・ 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] 検査費用 領収金額 _____ 円 （入院室料、食事代、文書料等直接検査に関わらない費用は含みません）		