

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(記入不要)

浜松市不育症検査費(先進医療費)助成検査受検証明書

下記の者については、浜松市不育症検査費(先進医療費)助成事業の対象となる検査(流死産の既往のあるものに対して先進医療として告示された不育症検査)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

(あて先) 浜松市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

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る。

(該当することを確認の上、に✓を入れてください。)

(ふりがな) 受検者氏名	( )	生年月日	年 月 日( 歳)
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む(補助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		