

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(受給者番号欄は、医療機関での記入は不要です。)

大津市先進医療に係る不育症検査費用助成対象検査受検証明書

下記の者に対して大津市先進医療に係る不育症検査費用助成事業実施要綱の対象となる検査(流死産の既往にある者に対して先進医療として行う不育症検査をいう。)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

指定医療機関の名称

指定医療機関の所在地

主治医

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

以下の点を確認の上、□にチェックを入れてください。(※ 確認がない場合は助成を受けられません。)

- 当医療機関は、医療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。(該当する事項を確認の上、□にレを入れてください。)

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
受検者	()	年 月 日(歳)
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回以上の場合に限る。)	
今回の妊娠における不妊治療の有無	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	所見なし(46,XX 46,XY) ・ 所見有り(内容:) ・ 分析不可	
領収金額	(今回の検査に係る費用の額合計 ※ 先進医療部分に限る。)	
	検査費用	領収金額 円