

(様式第2号)(第5関係)

長野県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、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。

令和 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)

※該当する場合は、レ点を入れてください。すべてに該当する必要があります。

- 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、保険診療を実施しています。
- 当医療機関は、不育症に係る先進医療を実施する保険医療機関として届出を行っている又は承認されています。
- 受検者は、二回以上の流産、死産の既往があります。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
受検者	()	昭和・平成 年 月 日生(歳)
実施した検査		
検査実施日	令和 年 月 日	
領収金額	[今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る] 検査費用 領収金額 _____ 円 (入院室料、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用は含みません)	

※ 長野県不育症検査費用助成事業 不育症検査結果個票(流産検体を用いた染色体検査)を作成し、添付してください。