

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、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。

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）

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。

（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	（ ）	生年 月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）
既往流産回数	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治療の有無	あり（治療期間 年 ヶ月） ・ なし ・ 不明		
今回の妊娠における不育症治療の有無	あり（治療内容： ） ・ なし ・ 不明		
実施した先進医療の検査			
検査実施日	令和 年 月 日		
検査結果	所見なし（46. XX 46. XY） 所見あり（内容： ） ・ 分析不可		
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)		