

前橋市先進医療不育症検査費用助成検査受検証明書

※主治医が記入すること

年 月 日

(宛先) 前橋市長

下記の者については、前橋市先進医療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。

所在地  
医療機関 名称

主治医 氏名

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。)

受検者 氏名	ふりがな ( )	受検者 生年月日	年 月 日
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）		
今回の妊娠における 不妊治療の有無	<input type="checkbox"/> 有り（治療期間 _____年 _____か月） <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	<input type="checkbox"/> 有り（治療内容： _____） <input type="checkbox"/> 無し		
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	<input type="checkbox"/> 所見無し（46,XX 46,XY） <input type="checkbox"/> 所見有り（_____） <input type="checkbox"/> 分析不可		
領収金額	<b>【先進医療の検査費用に限る】</b> 領収金額 _____円		