

不育症検査費用助成事業受診等証明書

次の者については、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通り徴収したことを証明します。

年 月 日

いわき市長

医療機関の名称

医療機関の所在地

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。）

(ふりがな)		生年	年 月 日
受検者氏名		月日	(歳)
既往流産回数	回 ※今回の流産を含む(助成対象は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 (治療期間: 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 無 <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 (治療内容:) <input type="checkbox"/> 無		
実施した先進医療の検査			
検査実施日	年 月 日		
検査結果 (次世代シーケンサーを用いた流産産絨毛・胎児組織染色体検査の場合)	<input type="checkbox"/> 所見なし (46,XX 46,XY) <input type="checkbox"/> 所見あり (内容:) <input type="checkbox"/> 分析不可		
検査結果 (抗ネオセルフβ2グリオブリンI複合体抗体検査の場合)	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
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] 領収金額 円		

[市記入]

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--