第２号様式

受給者番号						（左の受給者番号欄は、医療機関での記入は不要です。）

川崎市不育症検査費用助成検査受検証明書

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通り徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

（主治医による自署）

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、保険診療で実施している。

（　上記を確認の上、□にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成を受けられません。）

（ふりがな） 受検者	氏名	（　　）	生年月日	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）			
今回の妊娠における不妊治療の有無	有り　（治療期間　　年　　ヶ月）・　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			
	年　　月　　日			
検査結果	所見無し（46,XX　46,XY）・所見有り（内容：　　）・分析不可			
領収金額	〔今回の検査にかかった金額合計　※先進医療部分に限る〕 領収金額　　円			