

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、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

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。

受検者は、二回以上の流産又は死産の既往がある。

(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)
実施した検査						
検査実施日	年 月 日					
検査結果通知日	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 _____ 円					

(注) 医療機関は、第2号様式別紙「不育症検査結果個票」を併せて作成し、添付すること。