

新潟市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、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とおり徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関 名称
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

※下記を確認の上、該当する場合はレ点を入れてください。すべてに該当する必要があります。

- 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。
- 当医療機関は、不育症に係る先進医療を実施する保険医療機関として届け出を行っている又は承認されています。
- 下記の受検者は、二回以上の流産、死産の既往があります。

（宛先）新潟市長

	(ふりがな) 氏名	生年月日
受検者		年 月 日 (歳)
実施した検査		
検査実施日	年 月 日	
領収金額	[今回の検査にかかった金額合計] 検査費用 領収金額 _____ 円 ※先進医療として告示された不育症検査に係る経費に限ります。 ※入院料、食事代、文書料等の検査に関わらない費用は含みません。 ※1検査につき1回の助成となるため、他市町村等の自治体からの助成を受ける為に証明した同一検査の金額は含めません。	

（注1）医療機関は、別記様式第3号「不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）」を併せて作成し、添付してください。