

## 新潟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授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。

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。

（宛先）新潟市長

（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		
検査結果	所見なし（46, XX 46, XY） ・ 所見有り（内容 ） ・ 分析不可		
領収金額	先進医療の検査費用に限る 領収金額 _____ 円		