

| | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|----------|
| 受給者番号 | | | | | | (群馬県で記入) |
|-------|--|--|--|--|--|----------|

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とおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地：

主治医氏名：

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。
- 当医療機関で実施した、先進医療として告示されている不育症検査(流産検体を用いた染色体検査)について受検証明する。

(上記の2点について確認し、口にチェックを入れてください。)

| | | | | |
|-----------------------------|----------|------|------------------|-----------|
| (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 | 令和 年 月 日 | | | |
| 領収金額 | 検査費用 | 領収金額 | 円 | |
| (今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る) | | | | |

※ 医療機関は、別紙「不育症検査結果個票」を併せて作成し、添付すること。

※ 申請者は、申請書提出時に上記領収金額分の領収書・内訳書等(原本)を添付すること。