

第2号様式

名古屋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通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 名称

所在地

主治医氏名

(以下のことを確認し☑をすること。なお、いずれかの項目に該当しない場合は助成対象になりません。)

- 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。
- 当医療機関は、先進医療として告示されている不育症検査について、実施医療機関として承認を得ている。
承認日 年 月 日
- 受検者に不育症検査結果個票の内容について国への提供を行うことを説明しました。

(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			
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			

※本証明書は、医療機関主治医が記載すること。
※医療機関は、名古屋市不育症検査結果個票(第3号様式)を併せて作成し、添付すること。