

(あて先) 川口市長

所在地  
医療機関  
主治医氏名

## 川口市先進医療不育症検査受検証明書

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ます。(該当することを確認の上、を入れてください。)

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
名前 (受検者)			
既往流死産回数 (助成金の対象者となるのは2回以上の場合)	回 (今回の流死産を含む)		
今回の妊娠における不妊治療の有無	有り (治療期間 年 か月) ・ 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		
助成対象となる不育症検査に係る 患者負担 (領収) 額 ※1※2	円		
検査結果	所見無し (46XX 46XY) 所見有り (内容 : ) 分析不可		

注意：この証明書は、医療機関が記載してください。

※1：助成対象となる患者負担 (領収) 額は、川口市早期不妊検査費・不育症検査費助成事業等の助成金で計上した検査費用を除くこと。

※2：先進医療として告示された不育症検査に係る経費であること。