

受給者番号	
-------	--

不育症検査費用助成事業受検証明書

年 月 日

所在地
医療機関名
主治医氏名

下記の者については、不育症検査費用助成事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。

記

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

<input type="checkbox"/> 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。 ※該当することをご確認のうえ、□に✓を入れてください。				
（ふりがな） 受検者	氏名	（ ）	生年 月日	昭和 平成 年 月 日（ 歳）
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む（助成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 （次世代シーケンサーを 用いた流死産絨毛・胎児 組織染色体検査の場合）	所見なし（46, XX 46, XY） 所見あり（内容： 分析不可 ）			
検査結果 （抗ネオセルフβ ₂ グリ コプロテインI複合体抗 体検査の場合）	陽性 ・ 陰性			
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			
備考	（その他特記事項）			

（注）領収金額には、文書料など、不育症検査に直接関係のない費用は対象外となります。