

|       |  |
|-------|--|
| 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。<br>※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)<br>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<br>※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<br>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<br>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<br>（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）                                                              | 所見無し（46, XX 46, XY） ・ 所見有り（内容： ） ・ 分析不可     |     |      |                  |
| 検査結果<br>（抗ネオセルフβ <sub>2</sub> グリコプロテインI複合体抗体検査の場合）                                                     | 陽性 ・ 陰性                                     |     |      |                  |
| 検査結果<br>（流死産絨毛・胎児組織NGS 染色体検査の場合）                                                                       | 所見無し（46, XX 46, XY） ・ 所見有り（内容： ） ・ 分析不可     |     |      |                  |
| 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〕<br>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。