

(様式第1号 別紙)

不育症検査費助成検査受検証明書

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通り徴収したことを証明します。

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。
(該当することを確認の上、□に✓を入れてください。)

受検者	(ふりがな)	氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む(助成金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)	所見無し(46,XX 46,XY) ・ 所見有り(内容:) ・ 分析不可				
検査結果 (抗ネオセルフβ2グリコプロテイン複合体抗体検査の場合)	陽性 ・ 陰性				
領収金額	〔※先進医療の検査費用に限る〕 領収金額 円				