

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、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。

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うえ、□に✓を入れてください。)

受検者	(フリガナ) () 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 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		
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) 領収金額 円		