

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(受給者番号欄は医療機関での記入は不要です。)

不育症検査費用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

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（※ 主治医が記入すること）

以下の点を確認のうえ、□にチェックを入れてください。

（※ 確認がない場合は助成を受けられません。）

□ 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。

記

(ふりがな) 受検者		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		あり（治療期間 年 か月）・ なし ・ 不明			
今回の妊娠における 不育症治療の有無		あり（治療内容： _____） ・ なし			
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	所見なし（46, XX 46, XY） ・ 分析不可 ・ 所見あり（内容： _____）			
	抗ネオセルフβ2 グリ コプロテインⅠ複合 体抗体検査	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			

※申請者は、医療機関発行の領収書および明細書を裏面に貼付すること。（別紙でも可）