

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		
	流死産絨毛・胎児組 織 NGS 染色体検査	所見なし (46,XX 46,XY) ・ 分析不可 ・ 所見あり (内容:)		
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)