

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

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通り徴収したことを証明します。

(元号) 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。)

(ふりがな) 受検者	氏名	( )	生年 月日	(元号) 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	(元号) 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			