

## 先進医療不育症検査費用助成事業検査受検証明書

下記の者については、先進医療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もの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。

令和 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、□にチェックを付けてください。）

（ふりがな） 受検者	氏名	（ ）	生 年 月 日	昭和 平成 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	<input type="checkbox"/> 有り（治療期間 年 か月）・ <input type="checkbox"/> 無し ・ <input type="checkbox"/> 不明			
今回の妊娠における 不育症治療の有無	<input type="checkbox"/> 有り（治療内容： ）・ <input type="checkbox"/> 無し			
実施した先進医療の 検査				
検査実施日	令和 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）	<input type="checkbox"/> 所見無し（46,XX 46,XY） <input type="checkbox"/> 所見有り（内容： ）・ <input type="checkbox"/> 分析不可			
検査結果 （抗ネオセルフβ <sub>2</sub> 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	〔※先進医療の検査費用に限る〕  円			