

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。

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。
（※該当する場合は、チェックをお願いします。）

(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	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	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)	所見なし（46,XX 46,xY）・所見有り（内容： ）・分析不可			
検査結果 (抗ネオセルフβ ₂ 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〕 検査費用(※1) 円			

(注) 助成対象となる検査は、先進医療として告示されている以下のものに限りします。
・流死産検体を用いた遺伝子検査（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）
・抗ネオセルフβ₂グリコプロテインI複合体抗体検査