

受給者番号

(左の受給者番号欄は、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。
- ☐ 下記の検査費用には、市町村等の他自治体からの助成を受けるために証明した金額を含んでいない。
(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	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			

(注) 申請者は、医療機関発行の領収書（写し）を裏面に貼り、添付すること