

不育症検査費用助成事業に係る受検証明書

次の者について、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。

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✓を入れてください。)

受検者	(ふりがな) 氏 名	生年月日
	()	昭和・平成 年 月 日
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	☐ 流死産検体を用いた遺伝子検査 1 （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） ☐ 流死産検体を用いた遺伝子検査 2（流死産絨毛・胎児組織 NGS 染色体検査） ☐ 抗ネオセルフ β_2 グリコプロテイン I 複合体抗体検査	
検査実施日	令和 年 月 日	
検査 結果	流死産検体を用いた遺伝子 検査 1・2	☐ 所見無し（46, XX 46, XY） ☐ 所見有り（内容： ） ☐ 分析不可
	抗ネオセルフ β_2 グリコプロ テイン I 複合体 抗体検査	☐ 陽性 ☐ 陰性
領収金額	[※先進医療の検査費用に限る] 円	

医療機関の方へ

この様式は参考様式です。上記内容が網羅されていれば、この様式によらなくても問題ありません。