

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

不育症検査受検証明書

下記の者については、先進医療として告示された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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

☐ 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、☐にチェックをしてください。）

記

(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（助成金の対象となるのは2回以上の場合に限られます。）。		
今回の妊娠における不妊治療の有 無	有（治療期間 年 箇月） ・ 無 ・ 不明		
今回の妊娠における不育症治療の有 無	有（治療内容 ） ・ 無		
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） ・ 所見あり（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		
検査結果 （流死産絨毛・胎児組織 NGS染色体検査の場合）	所見なし（46, XX 46, XY） ・ 所見あり（内容： ） ・ 分析不可		
領 収 金 額	〔今回の検査に要した費用の金額合計（先進医療部分に限る。）〕 検査費用 領収金額 円		