

先進不育症検査費用助成金検査受検証明書

次の者については、先進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いう。）を実施し、これに係る医療費を次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

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、保険適用になっている不育症に関する治療及び検査について、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。）

(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 か月）・ 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。] 領収金額 円		