

第2号様式（第4条関係）

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		
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		