

下記の者については、不育症検査費補助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。

印

☐ 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。）

(ふりがな) 受検者氏名		()	生年 月 日	平成 昭和	年	月	日 (歳)
既往流死産回数		回 ※今回の流死産を含む（補助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 (いずれかに○)		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 (いずれかに○)		有り（治療内容： ） ・ 無し					
実施した先進医療の検査							
検査実施日		令和 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					
	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					
	流死産絨毛・胎児組織NGS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					
領収金額		〔今回の検査にかかった金額の合計 ※先進医療部分に限る〕 検査費用 領収金額 円					

担当者記入欄

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--