

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。

令和 年 月 日

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	（ 年 月 日 平成 昭和	（ 年 月 日 平成 昭和	（ 年 月 日 平成 昭和
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 その他（ ）		
検査結果 （抗ネオセルフβ2グリオ ブロテイン 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		

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--