

不育症検査費用助成検査受検証明書

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。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

電話番号 ()

(下記をご確認の上、□にチェックをいれてください。助成を受けるには2項目ともチェックが必要です。)

下記の受検者について、今回の妊娠を含めて2回以上の流産(生化学流産を含まない)、死産の既往がある。

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。

(ふりがな) 受検者	氏名 ()	生年 月日	昭和 平成 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 ヶ月) ・ 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	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)	<input type="checkbox"/> 所見無し (46, XX 46, XY) <input type="checkbox"/> 所見有り (内容:) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
領収金額	〔今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療の検査費用に限る〕 検査費用 領収金額 円		

(注) この証明書は、医療機関が作成してください。
医療機関の領収書及び診療明細書(原本)を添付してください。