

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

一宮市不育症検査費補助金受検証明書

下記の者については、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)を実施し、これに係る医療費を下記の通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

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	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	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	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			
検査結果 (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	[※先進医療の検査費用に限る] 領収金額 _____ 円			

(注) 申請者は、医療機関発行の領収書を添付すること。