

受給者番号(保健所記入)					-			
--------------	--	--	--	--	---	--	--	--

不育症検査費用助成事業検査受検証明書

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

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

☐ 当該医療機関は、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	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グリコブロテインI複合体抗体検査の場合）	陽性 ・ 陰性	
領収金額	〔※先進医療の検査費用に限る〕 領収金額 円	

（◎1）助成金申請者は、裏面又は別紙に医療機関発行の領収書を貼付してください。

（注）助成対象となるのは次に相当するものです。
厚生労働大臣が告示する「厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準」において告示された不育症に関する検査