

堺市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、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領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
及びその名称
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

☐ 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ます。
(該当することを確認の上、☒を記入してください)

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
受検者氏名			
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む(助成金の対象となるのは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 か月） ・ 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β ₂ 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	〔※先進医療部分に限る。〕 検査費用 領収金額 円		

