

不育症検査費用助成検査受検証明書

年 月 日

高知市長 様

所 在 地

医療機関名

主治医氏名

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。

記

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る。 ※該当することを確認の上、 ☐ に✓を入れてください。			
（フリガナ） 受 検 者 氏 名	（ 年 月 日	受 検 者 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（治療期間 年 ヲ月） ・ 無 ・ 不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	有（治療内容： ） ・ 無		
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（ 46, XX 46, XY ） ・ 所見有（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		
領 収 金 額	（今回の検査にかかった金額合計※先進医療部分に限る） 円		
備 考			

※ 領収金額には、文書料など、不育症検査に直接関係のない費用は対象外