

様式2

受給者番号

愛知県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徴収したことを証明します。

検査実施日以降の日付が記入されているか。

令和 〇年 〇月 〇日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

〇〇〇病院
〇〇市〇〇町1-2-3
愛知 太郎

必ずチェックがあることを確認してください。

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。）

必ず2回以上であること。

（ふりがな） 受検者	氏名	（ あいち みなみ ） 愛知 みなみ	生年 月日	令和 〇年 〇月 〇日（〇〇歳）
既往流死産回数	2 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 〇年 〇月 〇日			
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： ）			
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			
領収金額	〔※先進医療の検査費用に限る〕 領収金額 120,000 円			

先進医療を実施する
医療機関として届出
（受理）された日以降に
実施された検査が助
成対象です。

（注）申請者は、医療機関発行の領収書を裏面に貼り、添付すること。

必ず確認してください。

確定申告等、他で領収書の利用予定がある場合には、原本とコピーを提出してもらい、原本照合を行ってください。
原本は、確認した時点で「不育症検査費用助成事業申請済」と字乳し、申請者へ返却してください。