

受給者番号	健康対策課で記入
-------	----------

※全て医療機関で記入してください

記入例

愛知県不育症検査費助成事業受検証明書

下記の者については、不育症検査費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。

検査実施日以降の日付が記入されているか。

元号〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関名称 〇〇病院

所在地 〇〇市〇〇町1-2-3

主治医氏名 愛知 太郎

必ずチェックがされているか。

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。）

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受検者	氏名	(あいち みなみ) 愛知 みなみ	生年 月日	元号〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
既往流死産回数	2 回 必ず2回以上であること。			
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			
実施した検査	〇〇〇〇〇〇検査			
検査実施日	元号〇〇年〇〇月〇〇日			
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 対象医療機関への届出日(受理日)以降に実施された検査であること。)			
検査結果 (抗ネオセルフβ2グリオブリン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〕			
	検査費用	120,000		円

(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。