

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

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。

年 月 日

医 療 機 関 名 称

所 在 地

主 治 医 氏 名

☐ 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	()	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	[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 _____ 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。