

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

愛知県不育症検査費助成事業受検証明書

記入例

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 ※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	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 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。