

明石市先進医療にかかる不育症検査受検証明書

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とおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名
(自署または記名押印)

□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ます。
(該当することを確認の上、□に✓を入れてください。)

(ふりがな) 受検者氏名	()	生年 月日	昭和 平成 年 月 日
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む（助成金の対象となるのは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 年 月 日		
検査結果 (次世代シーケンサ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)・ 分析不可 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 ※先進医療部分 に限る	【検査費用】 領収金額	円	【領収年月日】 令和 年 月 日

※ 本証明書は、実施医療機関の主治医が作成すること。