

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グリオプロテイン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。