様式第２号

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）

（下記の項目に該当する場合は、□に✓してください。いずれかに該当しないときは、助成対象外です。）
□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。
□当医療機関は、先進医療である下記検査を実施する保健医療機関として地方厚生局への届出をしています（又は厚生労働省の承認を受けています。）。

（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） ・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 **※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。