

不育症検査費用助成申請に係る証明書

次の者については、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次のとおり徴収したことを証明します。

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。

令和 年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 ⑨

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受検者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日(歳)
	氏名			
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 ける不育症治療 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 ~ 令和 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)	☐ 所見なし（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)	☐ 所見なし（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合計金額 ※先進医療部分に限る 領収金額 _____ 円			
備考				

※ 上記の検査結果等は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で国に提出し、施策の検討に活用されます。

【自治体記入欄】 都道府県等名：広島県 報告No： _____