

松本市不育症検査費用助成事業受検証明書

下記の者について、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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

記

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

※ 該当することを確認の上、□に✓を入れてください。

☐ 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。

(ふりがな) 受検者	()	生年 月日	年 月 日生 (歳)
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 不妊症治療の有無	有り（治療期間 年 か月） ・ 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	年 月 日		
検査結果※1	所見無し(46, XX 46, XY) 所見有り(内容：) ・ 分析不可		
検査結果※2	陽性 ・ 陰性		
領収金額	〔※先進医療の検査費用に限る〕 検査費用 領収金額 円 (入院室料、食事代、文書料等直接検査に関わらない費用は含みません。)		

※1 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について記入してください。

※2 抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体検査について記入してください。