

(様式第2号 証明書)

## 愛媛県不育症検査費用助成事業受検証明書

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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

☐ 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る。

(※) 該当する場合には、☐にチェックマークをご記入ください。

|                                                       |                                                    |          |                |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|----------------|
| (ふりがな)<br>受検者氏名                                       | ( )                                                | 生年<br>月日 | 年 月 日生<br>( 歳) |
| 既往流死産回数※1                                             | 回                                                  |          |                |
| 今回の妊娠における<br>不妊治療の有無                                  | 1. 有り（治療期間 年 ヶ月）<br>2. 無し<br>3. 不明                 |          |                |
| 今回の妊娠における<br>不育症治療の有無                                 | 1. 有り（治療内容： ）<br>2. 無し                             |          |                |
| 今回実施した検査                                              |                                                    |          |                |
| 検査実施日                                                 | 年 月 日                                              |          |                |
| 検査結果<br>(次世代シーケンサー<br>を用いた流死産絨毛・<br>胎児組織染色体検査の<br>場合) | 1. 所見無し（46, XX 46, XY）<br>2. 所見有り（内容： ）<br>3. 分析不可 |          |                |
| 検査結果<br>(抗ネオセルフβ2グ<br>リコプロテインI複合<br>体抗体検査の場合)         | 1. 陽性<br>2. 陰性                                     |          |                |
| 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）]<br>検査費用 領収金額 円         |          |                |

※1) 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）