

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) 受検者氏名	()	生年 月日	年 月 日生 (歳)
既往流死産回数 ^{※1}	回		
今回の妊娠における 不妊治療の有無	1. 有り (治療期間 年 ヶ月) 2. 無し 3. 不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	1. 有り (治療内容:) 2. 無し		
今回実施した検査			
検査実施日	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)	1. 所見無し (46, XX 46, XY) 2. 所見有り (内容:) 3. 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)	1. 陽性 2. 陰性		
検査結果 (流死産絨毛・胎児組織 NGS 染色体検査の場合)	1. 所見無し (46, XX 46, XY) 2. 所見有り (内容:) 3. 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)] 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)