

相模原市不育症検査費用助成金受検証明書

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通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。

(上記を確認のうえ、□にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成の対象になりません。)

（ふりがな） 受検者	氏名	（ 年 月 日	生 年 月 日	年 月 日 （ 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			
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グリオ ブリンI複合体抗体検 査の場合）	陽 性 ・ 陰 性			
領収金額	〔今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る〕 検査費用 円			

受給者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

(左の受給者番号欄は、医療機関での記入は不要です。)