第2号様式(第4条関係)

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

不育症検査費用助成事業検査受検等証明書

　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。

　 (該当することを確認の上、**☐**に✓を入れてください。)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受検者 | 氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　 ） | 生年 月日 | 昭和　　年　　　月　　日 （　　歳）  平成 |
| 既往流死産回数 | 回  ※今回の流死産を含む（助成金の対象者となるのは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ｸﾞﾘｺﾌﾟﾛﾃｲﾝ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　　　　　　　領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |