

(様式第2号)

## 福島市不育症検査費助成事業受検等証明書

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。

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。）

受検者	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏名			( 歳)
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 :	)		
検査名	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体 抗体検査		
実施日	年 月 日		年 月 日	
結果	所見無し (46,XX 46,XY) 所見有り 【内容 分析不可】		陰性 陽性	
領収金額	円	※上記先進医療の検査費用に限る		