

(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 ( 歳)
	氏名			
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			