

吹田市不育症検査に係る自己負担額助成金検査受検証明書

下記の者に対し、先進医療として告示された不育症検査（流死産の既往のあるもの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領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
及びその名称
主治医氏名 印
(主治医が自署しない場合は押印してください。)

医療機関記入欄

☐ 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。
(主治医が☒を記載してください)

(ふりがな) 受検者氏名	氏名		生年月日 及び年齢	年 月 日 (歳)
既往流死産回数	※今回の流死産を含む。 _____回 ※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	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 コプロテイン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			