

## 秋田市不育症検査費助成検査受検証明書

次の者については、不育症検査費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次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

電話番号

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うえ、□に✓を入れてください。）

（ふりがな） 受 檢 者	氏名	（ ）		生年 月 日	年 月 日（ 歳）
既往流死産回数	※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）				回
今回の妊娠における不妊治療の有無	有（治療期間 年 ヶ月）				・ 無 ・ 不明
今回の妊娠における不育症治療の有無	有（治療内容 ）				・ 無
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	〔※先進医療の検査費用に限る〕				
	領収金額 _____ 円				