

受給者番号				
-------	--	--	--	--

(この欄は記入しないでください。)

盛岡市不育症検査費助成検査受検証明書

下記の者については、流産（生化学的流産を除く。）又は死産の既往が2回以上あり、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
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) 受給者	氏名	()	生年 月日	
既往 流死産回数	回 ※今回の流死産を含む（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 カ月）・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	（元号） 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 β 2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			

※ 実施医療機関の主治医は、不育症検査結果個票を併せて作成し、添付すること。