

秋田県不育症検査費用助成検査受検証明書

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。

(元号) 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（主治医が記入してください。）

☐ 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ます。（該当することを確認の上、□に✓を入れてください。）

(ふりがな) 受検者	氏名	()	生 年 月 日	(元号) 年 月 日 (歳)
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（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（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			
検査結果 (流死産絨毛・胎児 組織NGS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			
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			