

高槻市不育症検査費用助成事業検査受検証明書

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。

年 月 日

医療機関の所在地

医 療 機 関 名

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	昭和		
	氏名			平成	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		(今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る) 領収金額 _____ 円				

受検証明書記載にあたっての注意事項

- ・ 年月日は、医師が証明書を作成した日（患者様への交付日）を記載してください。
- ・ 医療機関の印を押印する必要はありませんが、押されている証明書も無効とはしません。
- ・ 医師氏名は、必ず証明書を作成した医師の氏名を記載してください。

※申請者の申請期限は、「治療が終了した日の属する年度の末日から起算して30日以内」です。