

## 豊田市不育症検査受検証明書

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 名 称

所 在 地

主 治 医 氏 名

(自署又は記名押印)

☐ 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。)

## 医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|                                                   |                                           |     |          |            |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|----------|------------|
| (ふりがな)<br>受検者                                     | 氏名                                        | ( ) | 生年<br>月日 | 年 月 日 ( 歳) |
| 既往流死産回数                                           | _____回<br>※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<br>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<br>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<br>検査                                   |                                           |     |          |            |
| 検査実施日                                             | 年 月 日                                     |     |          |            |
| 検査結果<br>(次世代シーケンサーを用いた流<br>死産絨毛・胎児組織染色体検査の<br>場合) | 所見無し（46,XX 46,XY） ・ 所見有り（内容： ） ・ 分析不可     |     |          |            |
| 検査結果<br>(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                                   |     |          |            |
| 検査結果<br>(流死産絨毛・胎児組織 NGS<br>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                                              | 〔※先進医療の検査費用に限る〕<br>領収金額 _____ 円           |     |          |            |

(注) 申請者は、医療機関発行の領収書を添付すること。