

様式第2号その2（第7条関係）

不育症治療受診等証明書（先進医療用）

次の者については、次のとおり先進医療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） 受診者氏名	（ 生年月日 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	
今回の検査期間	年 月 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）	所見なし（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
検査結果 （流死産絨毛・胎児 組織NGS染色体検査 の場合）	所見なし（46. XX 46. XY）・所見有り（内容： ）・分析不可
領収金額	〔今回の検査に係った金額合計※先進医療分に限る。〕 領収金額 円