

## さいたま市不育症検査費用助成検査受検証明書

次の受検者については、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とおり徴収したことを証明します。

なお、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おります。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(フリガナ) 受検者	氏名	( )	生年 月日 (年齢)	(元号)	年	月	日
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む（助成金の対象者となるのは2回以上の場合）						
今回の妊娠における不育症治療の有無	有り（治療期間 年 ケ月）・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 $\beta$ 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〕 <u>領収金額</u> 円						

(注) 申請者は、医療機関発行の領収書（写し）を添付すること。

受給者番号	<input type="text"/>		(左の受給者番号欄は、さいたま市使用欄です。)				
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--	-------------------------