

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 (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β2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〕 領収金額 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					
-------	--	--	--	--	--

(左の受給者番号欄は、さいたま市使用欄です。)