

豊中市不育症治療費等助成事業受診等証明書(検査)

次の者については、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以下の通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

電話番号

主 治 医 氏 名

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 (主治医が記入してください。)

(フリガナ) 受検者氏名	()	生年 月日	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 不妊治療の有無	有り (治療期間 年 か月) • 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(実施した検査について記入してください)

実施した検査 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 抗ネオセルフβ2グリコプロテインI 複合体抗体検査
検査実施日	年 月 日	年 月 日
検査結果	<input type="checkbox"/> 所見無し(46,XX 46,XY) <input type="checkbox"/> 所見有り (内容) <input type="checkbox"/> 分析不可	陽性 • 陰性
領収金額 (先進医療の検査費用に限る)	円	円
領収年月日	年 月 日	年 月 日