様式第2-1 号

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 （　　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　　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☑）	☐ 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 ☐ 流死産絨毛・胎児組織NGS 染色体検査	☐ 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	☐ 所見無し（46,XX　46,XY） ☐ 所見有り （内容　　） ☐ 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	

令和８年（2026 年）５月１日改正