



豊中市不育症治療費等助成事業受診等証明書(検査)

下記の者については、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下記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	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				
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	今回の検査にかかった金額(先進医療の検査費用に限る) 領収年月日 年 月 日 領収金額 円			