

長野県不育症検査費用助成検査受検証明書

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とおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

☐ 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、保険診療を実施しています。

(該当することを確認の上、□に✓を入れてください。)

(ふりがな) 受検者	()	生年 月 日	昭和・平成 年 月 日生(歳)
既往流産回数	回 ※今回の流死産を含む(助成金の対象となるのは2回以上の場合)		
今回の妊娠における 不妊治療の有無	あり(治療期間 年 ヶ月)・なし・不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	あり(治療内容:)・なし		
実施した先進医療の検査			
検査実施日	令和 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)	所見なし(46,XX 46,XY) 所見あり(内容:)・分析不可		
検査結果 (抗ネオセルフβ2グリオブ リン I 複合体抗体検査の 場合)	陽性 ・ 陰性		
検査結果 (流死産絨毛・胎児組織 NGS 染色体検査の場合)	所見なし(46,XX 46,XY) 所見あり(内容:)・分析不可		
領収金額	〔今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る〕 検査費用 領収金額 _____ 円 (入院室料、食事代、文書料等の直接検査に関わらない費用は含みません)		