

横須賀市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
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、保険診療で実施している。
- 下記の検査費用には、市町村等の他自治体からの助成を受けるために証明した金額を含んでいない。

（上記の2点を確認の上、□に✓を入れてください。確認がない場合は、助成を受けられません。）

(ふりがな) 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 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			
検査実施日	年 月 日			
実施した先進医療 の検査・結果 (該当の検査名と 結果を選択して ください)	<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"/> 所見なし（46, XX 46, XY） <input type="checkbox"/> 所見あり（内容： ） <input type="checkbox"/> 分析不可		
	<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	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
領収金額	〔※先進医療の検査費用に限る〕 円			