受給者番号					

様式第２号

千葉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通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。）

（ふりがな） 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　　ヶ月）　・　無し　・　不明			
今回の妊娠における不育症治療の有無	（治療内容：　　）　・			
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）	（46,XX　46,XY）　・　所見有り（内容：　　）　・			
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	〔※先進医療の検査費用に限る〕 円			