

東大阪市不育症検査受検証明書

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下記のとおり領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（主治医が記入してください）

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おり、

その実施医療機関として承認されている保険医療機関である。

（内容を確認の上、主治医がを記載してください。確認が無い場合は、助成を受けることができません。）

（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（治療期間 年 か月） ・ 無 ・ 不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	有（治療内容： ） ・ 無		
実施した 先進医療の検査			
検査実施日	年 月 日		
検査結果 流死産検体を用いた遺伝子検査（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）	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β ₂ グリオブリンI複合体抗体検査）	陽性 ・ 陰性		
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 _____ 円		

東大阪市不育症検査受検証明書記載にあたっての注意事項

- 年月日は、医師が証明書を作成した日（受検者への交付日）を記載してください。
- 医師氏名は、必ず証明書を作成した医師の氏名を記載してください。
- 医療機関及び医師の押印は不要です。