

様式第2号（第7条関係）

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

岐阜市不育症検査費助成検査受検証明書

下記の者については、不育症検査費助成事業の対象となる検査を実施し、これに係る医療費の支払を受けたことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医の氏名 印
(自署する場合は、押印を省略することができます。)

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及び検査について、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 (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（治療期間 年 ヶ月） ・ 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（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）	有（内容： ） 無（46,XX 46,XY） ・ 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）	陽性 ・ 陰性			
検査結果（流死産絨毛・ 胎児組織NGS染色体検査）	有（内容： ） 無（46,XX 46,XY） ・ 分析不可			
領収金額	(※先進医療の検査費用に限る。) 領収金額 円			