

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、不育症検査費用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 ㊟  
(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)<br>受検者                                       | 氏<br>名                                 | ( ) | 生年<br>月 日 | 年 月 日 ( 歳) |
| 既往流死産回数                                             | 回<br>※ 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<br>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<br>不育症治療の有無                               | 有（治療内容 ）<br>無                          |     |           |            |
| 実施した<br>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<br>用いた遺伝子検査）                            | 有（内容： ）<br>無（46,XX 46,XY） ・ 分析不可       |     |           |            |
| 検査結果（抗ネオセルフ<br>β <sub>2</sub> グリオプロテインI<br>複合体抗体検査） | 陽性 ・ 陰性                                |     |           |            |
| 領収金額                                                | (※先進医療の検査費用に限る。)<br>領収金額 円             |     |           |            |