

仙台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

印
(署名または記名押印)

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

保険診療の状況 (該当の場合チェック ☑)	☐ 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。				
(ふりがな) 受検者	氏名	()	生年 月日	昭和 平成	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 か月) ・ 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				
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 染色体検査の場合)	所見なし(46.XX 46.XY) ・ 所見有り(内容 :) ・ 分析不可				
検査結果 (抗ネオセルフβ2グリコプロ テインI複合体抗体検査の 場合)	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 領収金額 円				

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--