

※柏市記入

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(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	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)	所見無し(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					
検査結果 (流死産絨毛・胎児組 織 NGS 染色体検査の 場合)	所見無し(46,XX 46,XY) ・ 所見有り(内容:) ・ 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					