

第2号様式

名古屋市不育症検査費用助成事業受検証明書

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 名 称

所 在 地

主治医氏名

- ☐ (以下のことを確認し☑をすること。なお、いずれかの項目に該当しない場合は助成対象になりません。)
- ☐ 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。
- ☐ 受検者に対し、当該不育症検査を実施するにあたり、保険適用となっている不育症に関する治療（診察、手術等）を実施している。
- ☐ 当医療機関は、実施した不育症検査について、実施医療機関として承認を得ている。

承認日 年 月 日
- ☐ 受検者に不育症検査費用助成事業受検証明書に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことを説明しました。

(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			
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			

※本証明書は、医療機関主治医が記載すること。