

大分市不育症検査費助成事業受検証明書

次の者について、大分市不育症検査費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次のとお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)
(※主治医の記名押印又は署名)

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

- ☐ 当医療機関は、保険適用されている不育症に関する治療又は検査について、保険診療で実施している（※該当する場合は□欄に✓を記載してください。）。

(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回以上の場合に限る。）。		
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		
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β ₂ 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		