

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

奈良市不育症検査費用助成検査受検証明書

次の者については、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領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

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）				
<input type="checkbox"/> 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。 <small>（該当することを確認の上、□に✓を入れてください。）</small>				
受検者	ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
	氏名			
既往流産回数	回 <small>※今回の流産を含む（助成金の対象者となるのは2回以上の場合）</small>			
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			
今回の治療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	<input type="checkbox"/> 流産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流産産絨毛・胎児組織染色体検査） <input type="checkbox"/> 抗ネオセルフβ ₂ グリオプロテインI複合体抗体検査			
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産産絨毛・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β ₂ グリオプロテインI複合体抗体検査の場合）	陽性 ・ 陰性			
領収金額	[※先進医療の検査費用に限る。] 領収金額 円			