第２号様式

香川県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する。

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（主治医が記入してください。）

□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	昭和　　年　　月　　日 平成　　（　　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		
備考欄	（特記事項がある場合、その他の内容の記入枠が不足の場合は、ここにご記入ください。）		