

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

岐阜県不育症検査等費用助成証明書

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又は保険を適用しなかった検査及び治療)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

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄

☐ 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)氏名		氏名	()	生年 月日	年 月 日(歳)
既往流死産回数		回			
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			
先進医療	実施した先進医療の 検査 実施した検査に☑	☐ 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死産絨毛・胎児組織染色体検査) ☐ 抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテイン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	〔※先進医療の検査費用に限る〕 領収金額 円			
保険適用外検査・治療	実施した検査				
	検査実施日	年 月 日 ~ 年 月 日 まで			
	実施した治療				
	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで			
		検査費用	領収金額	円	
	治療費用	領収金額	円		