

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）

### 大分県不育症検査費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）

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	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	〔※先進医療の検査費用に限る〕  円				