

大阪市不育症治療支援事業受診等証明書
(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、これにかか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

医療機関の所在地

及びその名称

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ます。

（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	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）	
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	