

(あて先) 川口市長

所在地

医療機関

主治医氏名

川口市先進医療不育症検査受検証明書

☐ 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。

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。

(該当することを確認の上、☒を入れてください。)

ふりがな		生年月日	S ・ H	年	月	日 (歳)
名前 (受検者)						
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 か月) ・ 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	R 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(46XX 46XY)・所見有り(内容:)・分析不可					
検査結果 (抗ネオセルフβ2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					

注意：この証明書は、医療機関が記載してください。