

(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 (歳)	年	月	日
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(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					

注意：この証明書は、医療機関が記載してください。