

不育症検査費用助成検査受検証明書

次の者については、松山市不育症検査費用助成事業実施要綱第2条第1項に定める助成の対象となる検査（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。）

（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回数を記入してください。 ※助成金の対象者となるのは、2回以上の場合です。		
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）	（ ）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）	（ ）陽性 （ ）陰性		
領収金額	[今回の検査に要した金額合計 ※先進医療部分に限る。] 検査費用 領収金額 円		

☐ 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、☐欄に✓を記載してください。