

宇都宮市不育症検査費用助成事業受検証明書

下記の者については、宇都宮市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 印

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。
（該当する場合は、左横の口内に✓を記入すること）

（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（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		
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〕 検査費用 領収金額 円		