

寝屋川市不育症治療費等助成事業受診等証明書

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領収したことを証明します。

年 月 日

〒 —

医療機関の所在地

医療機関名

主治医氏名

医療機関記入欄

|                                                                                                         |      |                                                                                                          |      |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> 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。<br>↑該当することを確認の上、□にチェックを入れてください。 |      |                                                                                                          |      |       |
| 受検者                                                                                                     | ふりがな |                                                                                                          | 生年月日 | 年 月 日 |
|                                                                                                         | 氏 名  |                                                                                                          |      |       |
| 既往流死産回数                                                                                                 |      | 回<br>※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)                                                                     |      |       |
| 先進医療の検査及び検査結果<br><br>※実施した検査の□チェックし、検査結果に○をしてください                                                       |      | <input type="checkbox"/> 流死産検体を用いた遺伝子検査<br>.....<br>所見無し(46,XX 46,XY) ・ 所見有り(内容: ) ・ 分析不可                |      |       |
|                                                                                                         |      | <input type="checkbox"/> 抗ネオセルフβ <sub>2</sub> グリコプロテインI複合体抗体検査<br>.....<br>陽性 ・ 陰性                       |      |       |
|                                                                                                         |      |                                                                                                          |      |       |
| 検査実施日                                                                                                   |      | 年 月 日                                                                                                    |      |       |
| 領収金額                                                                                                    |      | 今回の検査にかかった金額合計<br><br>領収金額 円<br><br>※先進医療として行われている検査費用に限ります。<br>※金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に初めから書き直してください。(訂正不可) |      |       |
| 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                                                                                          |      |       |

【留意事項】

本助成事業の対象となるのは、国が当該先進医療の実施医療機関として承認している医療機関で、検査を実施した場合に限ります。  
1つの検査につき、1枚の証明書を作成してください