

熊本県不育症検査費用助成事業受検証明書

下記の者について、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とおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

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）

- ☐ 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。
- ☐ 下記の検査費用には、熊本県以外の自治体からの助成を受けるために証明した金額を含んでいない。
（上記の2点を確認の上、□にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成を受けられません。）

(ふりがな) 受検者氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)
既往流産回数	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（治療期間 年 ヶ月）・ 無 ・ 不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	有（治療内容： ）・ 無		
検査の実施日及び 結果 (実施した検査のみ 記入)	流死産検体を用いた遺伝子検査1（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）		
	実施日	年 月 日	
	結果	所見無（46, XX 46, XY）・所見有（内容： ）・分析不可	
	抗 α HL β 2グリオブリンI複合体抗体検査		
	実施日	年 月 日	
	結果	陽性・陰性	
	流死産検体を用いた遺伝子検査2（流死産絨毛・胎児組織 NGS 染色体検査）		
	実施日	年 月 日	
	結果	所見無（46, XX 46, XY）・所見有（内容： ）・分析不可	
領収金額	今回の検査にかかった金額合計（先進医療部分に限る） 検査費用 領収金額 円		

(以下、行政記入欄)

--	--	--	--	--