

埼玉県先進医療不育症検査費助成検査受検証明書

下記の者については、先進医療として告示された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)

<div><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。</div> <div>※該当することを確認の上、□に✓を入れてください。該当しない場合(チェックが無い場合)助成対象外です。</div>				
受検者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日(歳)
	氏名			
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			
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) 領収金額 円			
備考				