

神戸市先進医療にかかる不育症検査受診等証明書

下記の者については、2回以上の流産や死産の既往があることから神戸市先進医療にかかる不育症検査費用助成事業の対象となる不育症の検査を行いました。

つきましては、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 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）

（下記の項目に該当する場合は、□に✓をいれてください。）

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。

（ふりがな） 受 検 者 氏 名	（ ）	生年 月 日	昭和 平成	年 月 日（ 歳）
既往流死産回数	回（※今回の流死産を含む。2回以上の方が助成対象）			
今回の妊娠における 不妊治療の有無	有り（治療期間 年 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※1	令和 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 ・ 分析不可 所見有りの場合（内容： ）			
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			
領収金額合計※2	[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			

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の検査日を記載してください。

※2：領収金額の一致する検査実施日の領収書を別途添付して下さい。