第２号様式（第６条関係）

不育症検査費用助成事業受診等証明書

次の者については、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通り徴収したことを証明します。

年　　月　　日

いわき市長

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

□　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。
（該当することを確認の上、□に✓を入れていください。）

（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（助成対象は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		
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）	□ 所見なし（46,XX　46,XY） □ 所見あり（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）	□ 所見なし（46,XX　46,XY） □ 所見あり（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〕 領収金額　　円		

〔市記入〕

受給者番号					