

様式第 2 号（第 5 関係）

長野市不育症検査費用助成事業受検証明書

年 月 日

（宛先）長野市長

所 在 地
医療機関名
主治医氏名

下記の者については、流死産検体を用いた遺伝子検査（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に限る。）又は抗ネオセルフ β_2 グリコプロテイン I 複合体抗体検査を実施し、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。

医療機関記載欄（主治医が記載してください。）

☐ 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及び検査を保険診療として実施しています。（該当することを確認し、☐ にレ印を記載してください。）

受検者	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含みます（助成金の交付の対象となるのは、2 回以上の場合に限ります。）。			
今回の妊娠における不妊治療の有無	あり（治療期間 年 箇月）・なし・不明			
今回の妊娠における不育症治療の有無	あり（治療内容： ）・なし			
実施した先進医療の検査				
検査実施日	年 月 日			
検査結果 1	所見なし（46, X X 46, X Y） 所見あり（内容： ）・分析不可			
検査結果 2	陽性 ・ 陰性			
領収金額	〔今回の検査に要した金額の合計※先進医療部分に限る。〕 検査費用 領収金額 円 ※入院室料、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用は、含みません。			

注 「検査結果 1」の欄には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結果を、「検査結果 2」の欄には抗ネオセルフ β_2 グリコプロテイン I 複合体抗体検査の結果を記入してください。