

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、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。

医療機関記入欄

〔※主治医が記載してください。該当する□にレ印を記載してください。全ての□に該当する必要があります。〕

- 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について、保険診療を実施しています。
- 当医療機関は、不育症に係る先進医療を実施する保険医療機関として届出を行っています（承認されています）。
- 受検者は、流産又は死産の既往が合計で2回以上あります。

受検者	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日 ( 歳)
実施した検査				
検査実施日	年 月 日			
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。			

添付書類 不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

（※不育症検査結果個票を作成し、添付してください。）

別紙

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

受検者氏名： \_\_\_\_\_ 実施医療機関名： \_\_\_\_\_  
※国への報告時は秘匿 ※国への報告時は秘匿

領収金額： \_\_\_\_\_ 円 ※実施医療機関が受検者から検査費用として領収した額

- 流産絨毛染色体分析結果
  - 所見なし（46, XX 46, XY）
  - 所見あり（内容： \_\_\_\_\_）
  - 分析不可（増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など）
  
- 母親年齢（ \_\_\_\_\_ 歳） 父親年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）
  
- 既往妊娠回数  
妊娠 \_\_\_\_\_ 回（今回を含む。）  
〔 生産 \_\_\_\_\_ 回、生化学的妊娠（化学流産） \_\_\_\_\_ 回、  
流産（生化学的妊娠を含まない。） \_\_\_\_\_ 回、異所性妊娠（子宮外妊娠） \_\_\_\_\_ 回 〕
  
- 不妊治療の有無（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）  
有の場合 不妊期間（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月）
  
- 抗リン脂質抗体症候群の有無（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）
  - ◇ 今回の妊娠での治療
    - 治療なし
    - 低用量アスピリン療法
    - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
    - その他の治療（内容： \_\_\_\_\_）
  
- 子宮形態異常（子宮奇形）の有無（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）
  - ◇ 有の場合
    - 子宮鏡下中隔切除術施行
    - その他の治療（内容： \_\_\_\_\_）
    - 治療なし
  
- 甲状腺機能異常の有無（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）
  - ◇ 有の場合
    - 治療あり（内容： \_\_\_\_\_）
    - 治療なし
  
- 血栓性素因の有無（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）
  - ◇ 有の場合
    - Protein S 欠乏症
    - Protein C 欠乏症
    - 第Ⅻ因子欠乏症
  - ◇ 今回の妊娠での治療について
    - 治療なし
    - 低用量アスピリン療法
    - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
    - その他の治療（内容： \_\_\_\_\_）

※本個票は、受検者氏名及び実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、不育症検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

【自治体記載欄】 都道府県等名： \_\_\_\_\_ 報告No： \_\_\_\_\_