

受給者番号

(この欄は記入しないでください)

西宮市不育症検査費用助成事業受検証明書

下記の者については、西宮市不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流産の既往のある者に対して先進医療として行う不育症検査）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領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）

(該当することを確認の上、□に✓を入れてください。いずれかに該当しない時は、助成対象外です。)

- 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・検査について、保険診療で実施しています。
- 当医療機関は、先進医療である下記検査を実施する保険医療機関として地方厚生局への届け出をしています（又は厚生労働省の承認を受けています）。

| (ふりがな) 受検者氏名 | () | 生年 月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 (歳) |
|-----------------------|---|----------|----------|---|---|--------|
| 既往流産回数 | 回 (今回の流産を含む。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 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 | 流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産絨毛・胎児組織染色体検査) | | | | | |
| 検査実施日 | 年 月 日 | | | | | |
| 検査結果 | 所見無し(46, XX 46, XY) ・ 所見有り(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] 検査費用 領収金額 円 | | | | | |