様式第２号（第７条関係）

受給者番号								（この欄は記入しないでください。）

兵庫県不育症検査費用助成検査受検証明書

下記の者については、兵庫県不育症検査費用助成事業の対象となる検査を実施し、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。

（下記の項目に該当する場合は、□に✓してください。いずれかに該当しないときは、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出をしています（又は厚生労働省の承認を受けています。）。

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称　　印
所在地
主治医氏名

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） □抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査			
検査実施日	令和　　年　　月　　日			
検査結果	・所見無し（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。】 検査費用　　領収金額　　円			

※　本証明書は、実施医療機関の主治医が作成してください。

※　この様式は、**神戸市、姫路市、尼崎市、明石市及び西宮市にお住まいの方については使用できません**。受検者が上記市にお住まいの場合は、お住まいの市の様式を使用してください。