

年 月 日

医療機関の名称
及 び 所 在 地
主 治 医 氏 名

1 不育症治療（先進医療届出医療機関で受けたものを除く。）に係る証明

(フリガナ) 受診者氏名	夫		生	年	月	日
	妻		年	月	日	(歳)
主な検査・ 治療内容						
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
領収金額	保険診療分		自費診療分		計	
	円		円		円	
院外処方	年 月 日		年 月 日			
	年 月 日		年 月 日			
	年 月 日		年 月 日			
	年 月 日		年 月 日			
	年 月 日		年 月 日			
備考						

2 先進医療届出医療機関で受けた流死産検体を用いた遺伝子検査又は抗ネオセルフβ₂グリコプロテイン I 複合体抗体検査に係る証明（該当する方の□に✓を入れてください。）

- ☐ 当医療機関は、厚生労働大臣に流死産検体を用いた遺伝子検査又は抗ネオセルフβ₂グリコプロテイン I 複合体抗体検査を先進医療として実施することの届出をしている医療機関である。
- ☐ 当医療機関は、厚生労働大臣に流死産検体を用いた遺伝子検査又は抗ネオセルフβ₂グリコプロテイン I 複合体抗体検査を先進医療として実施することの届出をしていない。

(フリガナ) 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。）		
今回の妊娠における不妊 治療の有無※	あり（治療期間： 年 か月） ・ 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 及び実施日	☐ 先進医療として実施した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）： 年 月 日 ☐ 先進医療として実施した抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテイン I 複合体抗体検査： 年 月 日		
検査結果※	所見なし（ 46, XX ・ 46, XY ） 所見あり（内容： ） 分析不可		
領収金額	円（流死産検体を用いた遺伝子検査費用） 円（抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテイン I 複合体抗体検査費用）		
備考			

備考

- 1 主治医が記入してください。
- 2 領収金額は、不育症治療（検査を含む。）に係る費用の合計額（保険給付が適用される不育症治療を受けた場合にあっては、不育症治療に係る費用の合計額から当該保険給付の額を控除した額）とし、入院時の差額ベッド代、食事代等及び文書料等は、含みません。
- 3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する不育症治療実施医療機関等以外の医療機関等で不育症治療（先進医療として実施した流死産検体を用いた遺伝子検査及び抗ネオセルフ β_2 グリオプロテイン I 複合体抗体検査を除く。）を行った場合及び院外処方がある場合は、主治医が患者から不育症治療の領収書の提出を受け、その金額を含めた領収金額を記載してください。
- 4 ※については、厚生労働大臣に流死産検体を用いた遺伝子検査又はネオセルフ β_2 グリオプロテイン I 複合体抗体検査を先進医療として実施することの届出をしている医療機関で実施した場合に限り、記入してください。