

八尾市不育症治療費等助成事業受診等証明書（検査費）

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。

下記のとおり、不育症の検査を実施し、これに係る医療費を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

電話番号

主治医氏名

印

主治医が自署しない場合は記名押印してください

医療機関記入欄 (主治医が記入してください。※様式第2号①別紙も作成し添付してください。)

フリガナ				
受診者氏名	妻		夫	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
助成対象者の確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産又は死産の既往がある者			
検査日	年 月 日			
領収金額合計 (医療保険適用外部分のみ)	_____ 円			

【 記入にあたっての注意事項 】

- ・検査については令和3年4月1日以降に実施したものが対象です。
- ・助成の対象となる不育症検査は流産検体を用いた染色体検査のみです。
- ・証明内容について、本人同意のもと八尾市が問い合わせする場合があります。

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※ 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）、有りの場合不妊期間（ _____ 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）
◇ 有りの場合
 - ProteinS 欠乏症
 - ProteinC 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、実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、当該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。

【自治体記入欄】 市町村名： _____ 八尾市 _____ 報告No： _____