

山口県不育症検査費助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費の助成を申請します。
 また、山口県が市町村及び受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに不育症検査結果個票の内容について国への提供を行うことに同意します。

	(ふりがな)	生 年 月 日		
	氏 名			
申請者	()	年 月 日 (歳)		
住所	〒 -		電話 ()	
確認事項	検査費用について、市町村からの助成を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている → 助成を受けた額 円			
申請額 金 _____ 円 ※検査費用から確認事項の「市町村から助成を受けた額」を差し引いた額をご記入ください。 _____ 年 月 日 山口県知事様				
振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店(支所) <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	ふりがな	<input type="checkbox"/> 座番号 (右詰記入)		
申請受理年月日	_____ 年 月 日	承認・不承認 決定年月日	_____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
受給者番号				

(注) 太枠の中をご記入ください。

振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。

(添付書類)

- 山口県不育症検査費助成事業受検証明書 (別記第2号様式)
- 不育症検査結果個票 (別記第3号様式)
- 住民票 (1か月以内に発行されたもの)
- 医療機関発行の領収書 (写し)

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

医療機関発行の領収書添付箇所

年 月 日

山口県不育症検査費助成事業受検証明書

山口県知事様

(医療機関) 住所
名称
主治医氏名
電話番号

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通り徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

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る。

(ふりがな) 受検者	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	

※本票と合わせて、不育症検査結果個票(別記第3号様式)をご記入ください。

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】 都道府県等名： 山口県 報告No： _____