

不育症検査助成事業受診等証明書

年 月 日

東京都知事 殿

医療機関の名称及び所在地

証明書の内容について、
問い合わせをさせていただくことがあります。

電話番号

主治医氏名

福祉

下記のとおり、東京都不育症検査助成事業の対象となる不育症検査を行ったことを証明します。

主治医記入欄

妻のみが検査を実施した
場合は、夫についての記入
は必要ありません。

どちらかにチェック☑を入れてく
ださい。当てはまらない場合は、
本事業の対象外となります。

	夫	妻
	トチョウ タロウ	トチョウ ハナコ
	都庁 太郎	都庁 花子
受診者	日	〇〇年 〇月 〇日 (44歳)
助成対象者確認	☒ 2回以上の流産又は死産の既往がある ☐ 医師が不育症と判断した者	〇〇年 〇月 〇日 (42歳)
検査開始日	〇〇年 6月 15日 (43歳)	〇〇年 4月 1日 (42歳)
検査期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日が開始日となります。 不育症の検査にかかった期間のみを記入してください。 〇〇年 4月 1日 ～ 〇〇年 8月 22日	
診療期間内に行った検査に チェック☑を入れてください。 右に記載されている検査以外 のものを実施していても、 本事業では対象外となりま す。	(1) ☐ 子宮形態検査 【 ☐ 経膈超音波 ☐ 子宮卵管造影 ☐ 子宮鏡検査 (2) ☐ 内分泌検査 【 ☐ 甲状腺機能 ☐ 糖尿病検査 (3) ☐ 夫婦染色体検査 (4) ☐ 抗リン脂質抗体 【 ☐ 抗カルジオリピンβ2グリコプロテインI複合体 ☐ ループスアンチコアグラント ☐ 抗CLlIgG抗体 ☐ 抗PElIgG抗体 ☐ 抗PElIgM抗体 ☐ 抗β2GPI IgG抗体 ☐ 抗β2GPI IgM抗体 (5) ☐ 血栓性素因スクリーニング 【 ☐ 第Ⅻ因子活性 ☐ プロテインS活性もしくは抗原 (凝固因子検査) ☐ プロテインC活性もしくは抗原 ☐ APTT (6) ☐ 流産絨毛染色体検査 (7) ☐ 先進医療として告示された検査	

検査開始日に妻が43歳に達している場合
は、本事業の対象外です。

必ず検査終了日を記
入してください。1日
で検査を実施した場
合も、同じ日付を記
入してください。検査
継続中の場合は、直
近の診療日を記入し
てください。

特定不妊治療及び一般不妊治療に係る検
査及び治療、着床不全検査は本事業の対
象外です。

(7)については、国の先進医療会議にて、順次認められていく仕組みです。実施できる医療機関も限られます。
(7)の検査、実施医療機関については、厚生労働省のホームページで確認してください。

受給者番号(東京都が記載)