

受給者番号	(この欄は記入しないでください)
-------	------------------

養父市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、保険適用外の医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
今回の治療期間(※1)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
領収金額合計 (※2)	¥ _____ 円 (※3の合計と一致すること)		

※1: 治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の治療期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2: 領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付して下さい。

院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療費助成事業受診等証明書(薬局用)」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不用です。

【実施した保険適用外の検査及び治療】

区分	項目	実施の有無	金額(※3)
検査 (一次スクリーニング)	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ ₂ グロコプロテインI複合体抗体	
		抗カルジオリピンIgG抗体	
		抗カルジオリピンIgM抗体	
		ループスアンチコアグラント	
	夫婦染色体検査		
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗PEI gG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
		抗PEI gM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
	凝固因子検査	第XII因子活性	
		プロテインS活性もしくは抗原	
		プロテインC活性もしくは抗原	
APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)			
治療	低用量アスピリン療法		
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射) ※ヘパリノイド又はダナパロイドナトリウムによる治療を含む。		