

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

新温泉町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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

連絡先

㊞

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	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
今回の治療期間(※1)	年 月 日 ~ 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、治療等を行った期間の初日から一連の治療等が終了するまでの期間を記載してください。

※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ください。

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要です。

【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
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 グロブリン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XIII因子活性	
		プロテインS活性又は抗原	
		プロテインC活性又は抗原	
	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)		
合 計 (※3)			