

## 三田市不育症治療支援事業受診等証明書

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

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	昭和 平成	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、当該年度の4月1日から、当該年度の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「三田市不育症治療支援事業受診等証明書（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 どちらかに○印	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 $\beta_2$ グルコプロテインI複合体抗体	有・無	
		抗カルジオリピンIgG抗体	有・無	
		抗カルジオリピンIgM抗体	有・無	
		ループスアンチコアグラント	有・無	
	夫婦染色体検査		有・無	
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)	有・無	
		抗PEI gM抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	有・無	
	血栓性素因スクリーニング(凝固因子検査)	第XII因子活性	有・無	
		プロテインS活性又は抗原	有・無	
		プロテインC活性又は抗原	有・無	
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	有・無	
検査	絨毛染色体検査		有・無	
治療	低用量アスピリン療法		有・無	
	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)		有・無	