

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					

※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：治療期間内の領収証と、治療期間及び金額が一致するようご確認ください。
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。

【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
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	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	
	凝固因子検査	第XII因子活性	有・無	
		プロテインS活性もしくは抗原	有・無	
		プロテインC活性もしくは抗原	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) ※ヘパリノイド(ダナパロイドナトリウム)によるものを含む。		有・無	

