

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（生化学的流産を除く）・死産又は早期新生児死亡の既往が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

電話番号

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 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β2 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	
		抗 PS/PT 抗体（フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体）	有・無	
		ネオ・セルフ抗体 （抗β2GP I /HLA—DR 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	
治療	低用量アスピリン療法		有・無	
	へパリン療法（へパリン在宅自己注射） ※へパリノイド（ダナバロイドナトリウム）によるものを含む		有・無	