

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。治療が終了していなくてもかまいません。

※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) 検査	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	
	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	