

西脇市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。また、保険外診療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

記

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		()		()
受診者生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
今回の治療等期間 (※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 治療等期間については、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。対象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等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「西脇市不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）」を作成することになりますので、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)	
		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)	
		ネオ・セルフ抗体 (抗β ₂ GPI/HLA-DR 抗体)	
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XIII因子活性	
		プロテインS 活性又はプロテインS 抗原	
		プロテインC 活性又はプロテインC 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療法及びヘパリノイドを使用するものを含む。)		
合 計 (※3)			