

受給者番号

川西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	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、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	実施日	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 ₂ グルコプロテイン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）		
	凝固因子検査	第 因子活性		
		プロテインS活性もしくは抗原		
		プロテインC活性もしくは抗原		
	APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)			
検査	絨毛染色体検査（流産検体）			
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）			