

（この欄は記入しないでください）

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（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 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：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	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 β_2 グルコプロテイン I 複合体抗体		
		抗カルジオリピン I g G 抗体		
		抗カルジオリピン I g M 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 g G 抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）		
		抗 PEI g M 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 2GPI / HLA-DR 抗体）		
	凝固因子検査	第Ⅺ因子活性		
		プロテイン S 活性又はプロテイン抗原		
		プロテイン C 活性又はプロテイン抗原		
		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） ※ヘパリノイド（ダナパロイドナトリウム）を使用するものを含む			