

不育症治療費助成申請に係る証明書

下記の者について、不育症に関する検査・治療を実施し、これに係る治療費等を下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地
主治医氏名

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	夫	()	妻	()
受診者生年月日および 今回の治療期間の初日の年齢		昭・平 年 月 日 (歳)		昭・平 年 月 日 (歳)
流産等既往 ※直近の2回をご記入ください	1回目	妊娠週数 () 週 年 月 頃	2回目	妊娠週数 () 週 年 月 頃
	医療機関名		医療機関名	
	その他 (死産、新生児 死亡等)	既往時期、医療機関名等を記載してください。		
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日 終了理由：出産・流産・医師の判断（具体的理由：)			
領収額合計 (本人負担額) ※2	[今回の治療にかかった本人負担額の合計] 領収金額 _____ 円 ※入院費および食事は対象外 (最終領収年月日 年 月 日)			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
当医療機関以外での検査・治療の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合	医療機関名称		

※1) 検査（又は治療）を開始した日から、妊娠が確定し出産（流産または死産を含む）した日又は医師の判断により治療等が終了した日又は他医療機関を紹介し自院での治療等が終了した日

※2) 領収額（申請金額）の詳細は裏面をご活用ください。

【実施した不育症の検査及び治療】 該当項目にまたは必要事項を記載してください。

区分	実施有	項目	保険適用有	平戸市備考
検査	<input type="checkbox"/>	抗CLβ2GPI複合体抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	抗CLiIgG抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	抗CLiIgM抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	ループスアンチコアグラント	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	抗PEiIgG抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	抗PEiIgM抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	第XII因子活性	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	プロテインS活性もしくは抗原	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	プロテインC活性もしくは抗原	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	APTT	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	子宮形態検査 内容【 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ()】	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	染色体検査 内容(<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 胎児絨毛(流産検体を用いた検査) ※ 国の「不育症検査費用助成事業」において先進医療として行われる対象検査であって、検査の実施機関として届出又は承認がなされている保健医療機関で実施するものについては、別紙「不育症検査結果個票」を添付する。	<input type="checkbox"/>	

治療 ()には 具体的な内 容を記載 してくだ さい。	<input type="checkbox"/>	投薬 <input type="checkbox"/> アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	手術 ()	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	その他医師が必要と認める治療 () <small>※日本産科婦人科学会が認める内容に限る ※治療に必要な検査も含む</small>	<input type="checkbox"/>	

※「その他医師が必要と認める治療」については、内容について確認させて頂く場合や、助成対象として認められない場合があります。

<申請金額内訳>

	受診日	種別 どちらかに○	保険診療分	保険外診療分	計
1	年 月 日	検査・治療	円	円	円
2	年 月 日	検査・治療	円	円	円
3	年 月 日	検査・治療	円	円	円
4	年 月 日	検査・治療	円	円	円
5	年 月 日	検査・治療	円	円	円
6	年 月 日	検査・治療	円	円	円
7	年 月 日	検査・治療	円	円	円
8	年 月 日	検査・治療	円	円	円
9	年 月 日	検査・治療	円	円	円
10	年 月 日	検査・治療	円	円	円
11	年 月 日	検査・治療	円	円	円
12	年 月 日	検査・治療	円	円	円
13	年 月 日	検査・治療	円	円	円
14	年 月 日	検査・治療	円	円	円
15	年 月 日	検査・治療	円	円	円
16	年 月 日	検査・治療	円	円	円
17	年 月 日	検査・治療	円	円	円
18	年 月 日	検査・治療	円	円	円
19	年 月 日	検査・治療	円	円	円
20	年 月 日	検査・治療	円	円	円
21	年 月 日	検査・治療	円	円	円
22	年 月 日	検査・治療	円	円	円
23	年 月 日	検査・治療	円	円	円
計			円	円	円