

神河町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3月31日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「神河町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 (1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 (CL β ₂ GP I)複合体抗体		
		抗カルジオリピン (CL) IgG 抗体		
		抗カルジオリピン (CL) 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 PEIgG 抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
		抗 PEIgM 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XII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)		
検査	絨毛染色体検査			
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を含む) ※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。			