

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、医療保険適用内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 （①+②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、当該年度末の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。治療等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下さい。

※3：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用です。

【実施した医療保険適用内の治療等】

項 目	金 額
合 計（①）	

【実施した医療保険適用外の治療等】

区 分	項 目		実施の有無	金額
検査 （一次スクリー ンゲ）	抗リン脂質 抗体	抗カルジオリピンβ2 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）		
	凝固因子 検査	第 X II 因子活性		
		プロテイン S 活性又は抗原		
		プロテイン C 活性又は抗原		
		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			
治療	低容量アスピリン療法			
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射）			
合 計（②）				