

丹波市不育症治療費助成金に係る受診等証明書（医療機関用）

年 月 日

丹波市長 様

実施医療機関 名称
所在地
電話番号
主治医氏名

印

下記の者については、流産、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。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(ふりがな) 受診者氏名		生年 月日	S・H 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)	金 _____ 円 (下欄の※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『丹波市不育症治療費助成金に係る受診等証明書（薬局用）』を作成することになりますので、当該費用の記載は不要です。

【実施した保険適用以外の検査及び治療】

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β2グロコプロテインI (CLβ2GPI) 複合体抗体	有・無	
		抗カルジオリピン (CL) IgG抗体	有・無	
		抗カルジオリピン (CL) IgM抗体	有・無	
		ループスアンチコアグラント	有・無	
	夫婦染色体検査		有・無	
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)	有・無	
		抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	有・無	
		フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン (PS/PT) 抗体	有・無	
		ネオセルフ抗体 (抗β2GPI/HLA-DR 抗体)	有・無	
	凝固因子検査	第XII因子活性	有・無	
		プロテインS活性又はプロテインS抗原	有・無	
		プロテインC活性又はプロテインC抗原	有・無	
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	有・無	
治療	低用量アスピリン療法		有・無	
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射)		有・無	
	※ヘパリンノイド (ダパロイドナリウム) によるものを含む			