様式第２号

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　　　　　　　　　　　　　　㊞

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。）

<table>
<tr><td>（ふりがな）
受 診 者 氏 名</td><td></td><td>生年
月日</td><td>Ｓ・Ｈ
年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間（※１）</td><td colspan="3">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>領収金額合計（※２）</td><td colspan="3">金　　　　　　　　　　円　（下欄の※３の合計と一致すること）</td></tr>
</table>

※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『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】

<table>
<tr><th>区　分</th><th colspan="2">項　　　目</th><th>実施の有無</th><th>金　額（※３）</th></tr>
<tr><td rowspan="5">検査
（一次
ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ）</td><td rowspan="4">抗リン
脂質抗体</td><td>抗カルジオリピンβ2 グルコプロテインＩ
（CLβ2GPI）複合体抗体</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td>抗カルジオリピン（CL）IgＧ抗体</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td>抗カルジオリピン（CL）IgM抗体</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td>ループスアンチコアグラント</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">夫婦染色体検査</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="7">検査
（選択的
検査）</td><td rowspan="3">抗リン
脂質抗体</td><td>抗 PEIgG 抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td>抗 PEIgM 抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td>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</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">凝固因子
検　査</td><td>第Ⅻ因子活性</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td>プロテインＳ活性又はプロテインＳ抗原</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td>プロテインＣ活性又はプロテインＣ抗原</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td>APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">治療</td><td colspan="2">低用量アスピリン療法</td><td>有・無</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射）
※ヘパリノイド（ﾀﾞﾅﾊﾟﾛｲﾄﾞﾅﾄﾘｳﾑ）によるものを含む</td><td>有・無</td><td></td></tr>
</table>