

受給者番号

(この欄は記入しないでください)

豊岡市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。また、保険外診療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	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		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：治療等期間については、治療等を行った期間の初日から一連の治療等が終了するまでの期間を記載してください。

※2：領収金額の一致する治療等期間内の領収書を別途添付して下さい。

【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
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 グルコプロテイン I 複合体抗体	
		抗カルジオリピン IgG 抗体	
		抗カルジオリピン 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 PEI gG 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
		抗 PEI gM 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)	
		ネオ・セルフ抗体 (抗β2GPI/HLA-DR 抗体)	
	凝固因子検査	第XIII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)		
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療法を含む。) ※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。		
合 計 (※3)			