

上板町不育症治療費等助成事業受診等証明書

次の者については、上板町不育症治療費等助成事業実施要綱第2条第4号の規定により、2回以上の流産若しくは死産の既往があることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり領収したことを証明します。

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。）

	対象となる検査及び治療を受けた者	配偶者（事実婚を含む）	
ふりがな			
氏名			
生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）	
検査・治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
領収金額合計*1	円	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

\*1 院外処方等で、別途費用が発生する場合は当該費用の記載は不要です。（領収書の添付が必要です。）

実施した検査及び治療

- ・治療等期間に実施した検査及び治療にのみをして下さい。
- ・の検査及び治療にかかった費用のうち、本人負担額を記入してください。  
入院時の差額ベッド代、食事代又は文書料等、直接治療等に関係のない費用は含めないでください。

医療保険を適用して実施した検査及び治療と本人負担額				
検査	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グロブプロテインI (CLβ <sub>2</sub> GP I)複合体抗体	<input type="checkbox"/> 第XII因子活性		
	<input type="checkbox"/> 抗β <sub>2</sub> GPI IgG抗体	<input type="checkbox"/> プロテインS活性又はプロテインS抗原		
	<input type="checkbox"/> 抗β <sub>2</sub> GPI IgM抗体	<input type="checkbox"/> プロテインC活性又はプロテインC抗原		
	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン(CL)IgG抗体	<input type="checkbox"/> アンチトロンビン (AT)		
	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン(CL)IgM抗体	<input type="checkbox"/> APTT		
	<input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント	(活性化部分トロンボプラスチン時間)		
	<input type="checkbox"/> 抗PEIgG抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	<input type="checkbox"/> 流産絨毛染色体検査		
	<input type="checkbox"/> 抗PEIgM抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)			
	<input type="checkbox"/> 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			
治療	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)			
期間	年 4 月分	円	年 10 月分	円
	年 5 月分	円	年 11 月分	円
	年 6 月分	円	年 12 月分	円
	年 7 月分	円	年 1 月分	円
	年 8 月分	円	年 2 月分	円
	年 9 月分	円	年 3 月分	円
合計			円	