

記入例

令和 年 月 日

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 ▲▲産婦人科
徳島県△△市□□町○○番地
主治医氏名 徳島 三郎 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	かみいた はなこ	かみいた たろう
氏 名	上板 花子	上板 太郎
生年月日・年齢	昭和62年 4月 1日（●●歳）	昭和62年 9月 1日（●●歳）
検査・治療期間	令和 7年 5月 1日 ～ 令和 7年 12月 31日	
領収金額合計＊1	■■,■■■円	院外処方の有無 ☐ 有 ☒ 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	☒ 抗カルジオリピンβ ₂ グロブロテインI（CLβ ₂ GP I）複合体抗体 ☒ 第Ⅻ因子活性			
	☐ 抗β ₂ GPI IgG抗体 ☒ プロテインS活性又はプロテインS抗原			
	☐ 抗β ₂ GPI IgM抗体 ☐ プロテインC活性又はプロテインC抗原			
	☒ 抗カルジオリピン（CL）IgG抗体 ☐ アンチトロンビン（AT）			
	☒ 抗カルジオリピン（CL）IgM抗体 ☐ APTT			
	☒ 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）			
	☐ 抗PEIgG抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体） ☐ 流産絨毛染色体検査			
	☐ 抗PEIgM抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体） ☐ 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	☒ 低用量アスピリン療法 ☒ ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。）			
期間	年 4 月分	円	令和 7年 10 月分	●,●●●円
	令和 7年 5 月分	●●,●●●円	令和 7年 11 月分	●,●●●円
	令和 7年 6 月分	●,●●●円	令和 7年 12 月分	●,●●●円
	令和 7年 7 月分	●,●●●円	年 1 月分	円
	令和 7年 8 月分	●,●●●円	年 2 月分	円
	令和 7年 9 月分	●,●●●円	年 3 月分	円
合計			■■,■■■円	