

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> グロブリン I 複合体抗体	<input type="checkbox"/> 第Ⅷ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 IgG 抗体	<input type="checkbox"/> APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)		
	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体	<input type="checkbox"/> アンチトロンビン (AT)		
	<input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント			
	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査			
	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査			
	<input type="checkbox"/> 内分泌検査			
	<input type="checkbox"/> 流死産胎児絨毛染色体検査			
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	