

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

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 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ ₂ グロブプロテインI複合体抗体			
	<input checked="" type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性			
	<input type="checkbox"/> 抗β ₂ GPI IgG抗体			
	<input checked="" 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 ₂ 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 checked="" 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)			
治療	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント			
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮形態検査			
	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査			
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input checked="" 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	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	