

記入例

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		第XII因子活性	
<input checked="" type="checkbox"/> 抗カルジオリピン β_2 グルコプロテイン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> 抗 β_2 GPI IgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 β_2 GPI IgM 抗体 <input checked="" type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgG 抗体 <input checked="" type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体 <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		<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"/> プロテイン C 活性又はプロテイン C 抗原 <input type="checkbox"/> APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間) <input type="checkbox"/> アンチトロンビン (AT)	
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	