

## 尼崎市不育症治療支援事業受診等証明書(医療機関用)

下記の者については、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、保険適用外の医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 ( 歳)
今回の治療期間(※1)	年 月 日 ~		年 月 日			
領収金額合計 (※2)	円 (※3の合計金額と一致すること)					

※1: 治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の治療期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2: 領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付して下さい。

院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療支援事業受診等証明書(薬局用)」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不要です。

【実施した保険適用外の検査及び治療】

区分	項目	実施の有無	金額
検査 (一次スクリーニング)	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン $\beta_2$ グルコプロテインI複合体抗体	円
		抗カルジオリピンIgG抗体	円
		抗カルジオリピンIgM抗体	円
		ループスアンチコアグラント	円
	夫婦染色体検査		円
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗PEI gG抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	円
		抗PEI gM抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	円
	凝固因子検査	第XIII因子活性	円
		プロテインS活性もしくは抗原	円
		プロテインC活性もしくは抗原	円
	APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	円	
検査	絨毛染色体検査(令和4年9月30日までに検査したものに限り)		円
治療	低用量アスピリン療法		円
	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射) ※ヘパリノイド(ダナパロイドナトリウム)によるものを含む。		円
	合計金額(※3)		円