

## 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（生化学的流産を除く。）、死産又は早期新生児死亡の既往が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(円)(※3)
<b>検査 (一次スクリーニング)</b>	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ2 グルコプロテインI 複合体抗体	
		抗カルジオリピンIgG抗体	
		抗カルジオリピンIgM抗体	
		ループスアンチコアグラント	
	夫婦染色体検査		
<b>検査 (選択的検査)</b>	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)	
		抗PEI gM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
		抗PS/PT 抗体 (フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体)	
		ネオ・セルフ抗体 (抗β2GPI/HLA-DR 抗体)	
	凝固因子検査	第XII因子活性	
		プロテインS 活性又はプロテインS 抗原	
		プロテインC 活性又はプロテインC 抗原	
	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)		
<b>治療</b>	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) ※ヘパリンノイド (ダナパロイドナトリウム) によるものを含む。		