第２号様式

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。治療が終了していなくてもかまいません。

※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)
検査（一次ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ）	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			
検査（選択的検査）	抗リン脂質抗体	抗 PEIｇG 抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）		
		抗 PEIｇM 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）		
	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）		
治療	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） ※ヘパリノイド（ダナパロイドナトリウム）によるものを含む。			