

播磨町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、2回以上の流産や死産又は早期新生児死亡の既往があることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

播磨町長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）				
受診者	夫	氏名	妻	氏名
		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療期間 （※1）	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収年月日 及び 領収金額 （上記、治療期間の 内容を記入して ください）	年 月 日 ～ 年 月 日			
	保険診療（※2） 円		領収金額合計（※4）	
	保険外診療（※3） 円		円	

※1：治療期間及び領収金額については、年単位（1月～12月）で記入してください。治療が終了していてもかまいません。

※2・3：領収金額については、裏面と一致する金額を記載してください。

※4：領収合計金額の一致する、治療期間内の領収書を別途添付してください。院外処方がある場合は、薬局において、「播磨町不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）」を作成することになりますので、当該費用の記載は不要です。

【裏面もご記入ください】

(裏面)

※今回の検査及び治療の内容の詳細をご記入ください。(医療機関記入)

区分	項 目		実施の有無	領収金額	
				保険診療分	保険外診療分
検査（二次スクリーニング）	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロブリンI（抗CL β_2 GPI）複合体抗体	有 ・ 無	円	円
		抗カルジオリピン（CL）IgG抗体	有 ・ 無	円	円
		抗カルジオリピン（CL）IgM抗体	有 ・ 無	円	円
		ループスアンチコアグラント	有 ・ 無	円	円
	夫婦染色体検査		有 ・ 無	円	円
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）	有 ・ 無	円	円
		抗PEIgM抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	有 ・ 無	円	円
		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）	有 ・ 無	円	円
		ネオ・セルフ抗体（抗 β 2GPI/HLA-DR 抗体）	有 ・ 無	円	円
	血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）	第Ⅻ因子活性	有 ・ 無	円	円
		プロテインS活性又はプロテインS抗原	有 ・ 無	円	円
		プロテインC活性又はプロテインC抗原	有 ・ 無	円	円
		APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）	有 ・ 無	円	円
治療	低用量アスピリン療法		有 ・ 無	円	円
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む） ※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		有 ・ 無	円	円
	その他（ ）		有 ・ 無	円	円
合計				（※2） 円	（※3） 円