

明石市不育症治療支援事業受診等証明書

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。

年 月 日

医療機関名

医療機関の所在地

主治医氏名

（自署または記名押印）

●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	年 月 日 (歳)
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額 (※2)	[今回の検査及び治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る] 領収金額 _____ 円 (※3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：領収金額が一致する治療期間内の領収書を添付してください。

院外処方等で別途費用が発生する場合は、薬局において「明石市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】※実施の欄には該当するものに○を記入してください。

区分	項 目	実施の有無	金額
検査 (一 次スク ーニン グ)	抗リン脂 質抗体	抗カルジオリピンβ2グリコプロテイン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)	
		ネオ・セルフ抗体(抗β2GPI/HLA-DR抗体)	
	凝固因子 検査	第XIII因子活性	
		プロテインS活性若しくは抗原	
		プロテインC活性若しくは抗原	
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	
検査合計金額(①)			
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。		
治療合計金額(②)			
①+②合計金額(※3)			