

丹波篠山市不育症検査・治療実施証明書

次の者について、2回以上の流産や死産、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、保険適用外の医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

丹波篠山市長 様

医療機関の所在地及び名称  
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	年 月 日（ 歳）
治療期間 （※1）	年 月 日 ～ 年 月 日		
領収年月日 （※2）	領収金額 円（※3の合計と一致すること。）		

※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。左期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構いません。

※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「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。

【医療保険を適用せずに実施した検査及び治療】

区分	項目		実施の有無	金額
一次スクリーニング	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			
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）		
	凝固因子検査	第XII因子活性		
		プロテインS活性もしくは抗原		
		プロテインC活性もしくは抗原		
	APTT（活性化部分トロンボウラスチン時間）			
検査	絨毛染色体検査			
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療法を含む。）			
合計金額（※3）				

丹波篠山市不育症検査・治療実施証明書（薬局用）

次の者について、2回以上の流産や死産、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、保険適用外の医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

丹波篠山市長 様

薬局の所在地及び名称

代表者名

Ⓜ

薬局記入欄

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	生年 月日	年 月 日（ 歳）
治療期間 （※1）	年 月 日 ～ 年 月 日		
領収年月日 （※2）	領収金額 円（※3の合計と一致すること。）		

※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構いません。

※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ください。

【医療保険を適用せずに処方した薬剤費】

区分	項目	実施の有無	金額
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療法を含む。）		
合計金額（※3）			