

不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係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

医療機関名

医療機関所在地

主治医氏名

㊟

以下は医療機関の主治医が記入して下さい。

受診者 氏名 生年月日	夫	() 年 月 日生 (歳)	妻	() 年 月 日生 (歳)
既往歴	今回の検査及び治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入してください。			
今回の検査 又は 治療内容 (該当する記号 に✓を付けて ください)	検査		治療	
	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査	<input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤 <input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング	
	<input type="checkbox"/> 染色体検査	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の絨毛染色体検査		
	<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査		
	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 検査	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2 グルコプロテイン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgM 抗体		
	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査	<input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテイン S 活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテイン C 活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT		
<input type="checkbox"/> その他	【内容】			
今回の検査 ・治療期間	※治療を実施していない場合は記入不要です。 年 月 日 ～ 年 月 日			
治療結果 (該当する記号 に✓を付けて ください)	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療せず 【医師が判断した日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 他の診療科（産科・婦人科以外）において治療を実施（予定） 【医師が判断した日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了 <input type="checkbox"/> 出産等（又は治療 A、B の終了） 【出産等した日： 年 月 日】			

当該検査・治療に係る本人負担金額（領収金額のうち上記不育症の検査・治療に係る医療費分のみ記入して下さい）

受診年月日	保険診療分本人負担額 A	保険外診療分本人負担額 B	計 C = A+B
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円

※こちらの欄に書ききれない場合は、裏面もご使用下さい。

