

受給者番号 (この欄は記入しないでください)

西宮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

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

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：裏面の領収金額の内訳に、この治療に該当する領収書の年月日及び金額をご記入ください。なお、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(※3)	
①	検査 (一次スクリーニング)	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PEI gG抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
			抗PEI gM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				
②	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含む)		

西宮市不育症治療支援事業 領収金額の内訳

領収年月日	領収金額	うち、不育症にかかる金額	備考
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
/ /	円	円	
合計	円	円	