

神戸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、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下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

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）

(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)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
領収金額合計 (※2)	¥ _____ 円 (※3の合計と一致すること)		
市外医療機関での 検査・治療を 継続しているか	なし		
	あり	医療機関名「 _____ 」() 県 () 市 検査・治療の開始日 令和 年 月 日	

※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：領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付して下さい。
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用です。

【医療保険を適用せずに実施した検査及び治療】（参考：*印は保険適用可能な検査項目及び治療項目です。）

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*		
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)	
	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プラスチン時間) *		
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)