

佐那河内村不育症検査治療費助成事業受診等証明書

次の者については、佐那河内村不育症検査治療費助成事業実施要綱第 2 条第 4 号の規定により、流産、死産のいずれかの状態に合計 2 回以上該当した既往があることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医 療 機 関 所 在 地
名 称
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

	対象となる検査及び治療を受けた者		配偶者（事実婚を含む）		
ふりがな 氏名					
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）		
院外処方の有無	☐ 無 ☐ 有（処方日： / / / / / / ）				
検査・治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
検査 (医療保険適用分)	実施した検査及び治療で該当するものすべてに ☒ をしてください。（医療保険適用分に限る）				
	☐ 抗カルジオピンβ ₂ グルコプロテインI複合体抗体		☐ 第Ⅺ因子活性		
	☐ 抗カルジオピンIgG抗体		☐ プロテインS活性又はプロテインS抗原		
	☐ 抗カルジオピンIgM抗体		☐ プロテインC活性又はプロテインC抗原		
	☐ 抗β2GPIIgG抗体		☐ アンチトロンビン(AT)		
	☐ 抗β2GPIIgM抗体		☐ APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)		
	☐ ループスアンチコアグラント		☐ その他村長が必要と認めたもの		
	☐ 夫婦染色体検査		()		
治療 (医療保険適用分)	☐ 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含む)				
本人負担額 ※入院時の差額ベッド代、食事代、または文書料等、直接治療等に関係のない費用は含めないでください。	診療年月	自己負担額 (窓口負担額)	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 ※限度額適用認定証等の提示により確認できている場合は適用区分又は限度額を記入してください。		
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	☐ 未確認	
	保険診療分の合計		円		

※ 院外処方等で、別途費用が発生する場合は、当該費用の記載は不要です(領収書の添付が必要です)。

※ 検査項目「その他村長が必要と認めたもの」は、「不育症管理に関する提言」改訂委員会公表の最新の「不育症管理に関する提言」に定められた「推奨検査」「選択的検査」に該当するものとします。(ウェブページ掲載あり)