

海陽町不育症治療費等助成事業受診等証明書

次の者については、海陽町不育症治療費等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。

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 氏 名		
生 年 月 日 (年 齢)	昭和 年 月 日 (歳) 平成	昭和 年 月 日 (歳) 平成
治療等期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額合計※1	院外処方の有無	☐ 有 ☐ 無

実施した検査及び治療

- ・治療等期間に実施した検査及び治療のみ☐に☒を記入してください。
- ・☐に☒を記入した検査及び治療にかかった費用のうち、**本人負担額**を記入してください。

入院時の差額ベッド代、食事代又は文書料等、**直接治療等**に関係のない費用は、**含めない**でください。

検査	医療保険の適用分の本人負担額			
	☐ 抗カルジオリピン β_2 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			
	☐ 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			
	☐ APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）			
	☐ 夫婦染色体検査			
☐ その他医師が必要と認めた血液検査				
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。）			
年 4 月分	円	年 10 月分	円	
年 5 月分	円	年 11 月分	円	
年 6 月分	円	年 12 月分	円	
年 7 月分	円	年 1 月分	円	
年 8 月分	円	年 2 月分	円	
年 9 月分	円	年 3 月分	円	
小計	円	小計	円	
合計	円			