

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）

	申請者	配偶者（事実婚を含む）	
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ2グルコプロテインI複合体抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンI g G抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンI g M抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗β2GP1抗体（I g G抗体・I g M抗体） <input type="checkbox"/> 第XII因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性又はプロテインS抗原 <input type="checkbox"/> プロテインC活性又はプロテインC抗原 <input type="checkbox"/> APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間） <input type="checkbox"/> アンチトロンビン（AT） <input type="checkbox"/> 流死産胎児絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査			
	治療 <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> 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