

## 阿南市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、阿南市不育症治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、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(主治医がご記入ください)】

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
【保険診療で実施した治療】 治療期間	(開始) 年 月 日 ~ (終了) 年 月 日			
検査 <small>【保険診療で実施した検査】</small>	(治療等期間に実施した検査及び治療すべてに✓をご記入ください。) <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 <input type="checkbox"/> 抗β2GPI抗体 (IgG抗体・IgM抗体) <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgM抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <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"/> 流死産胎児絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> 第VII因子活性 <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"/> プロテインS活性またはプロテインS抗原 <input type="checkbox"/> プロテインC活性またはプロテインC抗原			
治療 <small>【保険診療で実施した検査】</small>	<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法を含む)			
本人負担額	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	保険診療分の合計額			

※1 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。  
 ※2 医療保険の適用分の治療等を医療保険の適用外分として対象者に請求した場合の本人負担額は、助成の対象外なので記入しないでください。