

様式第2号（第5条関係）

不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者について、不育症の検査及び治療を行いました。また、保険外診療の医療費を下記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

受診者氏名		生年 月日	年 月 日	年齢 歳
今回の治療期間※1	年 月 日～		年 月 日	
領収金額合計※2	金 円（※3の合計と一致）			

※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。

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ください。

【実施した保険適用外の検査及び治療】

区分	項目		実施の有無	金額※3
検査（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		
	夫婦染色体検査			
検査（選択的検査）	抗リン脂質抗体	抗PEI g G抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）		
		抗PEI g M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活性もしくはプロテインS抗原		
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原		
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）			