

伊丹市不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者については、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、保険適用外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

電話番号

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) 受診者氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
今回の治療等期間 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計 (※2)	円 (※3の合計と一致すること)		

※1：治療等期間については、当該年度の4月1日から、当該年度の3月末までを対象とします。左記期間内の治療等期間を記載してください。治療等が終了していてもかまいません。

※2：治療等期間内の領収書を別途添付して下さい。

院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「伊丹市不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不用です。

【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 どちらかに ○印	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	有・無	
		抗カルジオリピンIgG抗体	有・無	
		抗カルジオリピンIgM抗体	有・無	
		ループスアンチコアグラント	有・無	
	夫婦染色体検査	有・無		
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	有・無	
		抗PEIgM抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	有・無	
		抗PS/PT抗体（フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体）	有・無	
		ネオ・セルフ抗体（抗β2GPI/HLA-DR抗体）	有・無	
	血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）	第XII因子活性	有・無	
		プロテインS活性又はプロテインS抗原	有・無	
		プロテインC活性又はプロテインC抗原	有・無	
治療	APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）		有・無	
	低用量アスピリン療法		有・無	
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。また、ヘパリノイド（ダナパロイドナトリウム）を使用するものを含む。）		有・無	