様式第２号

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なくてもかまいません。

※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 （一次ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ）** | 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 |  |
| APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間） | 有・無 |  |
| 治療 | 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 |  |