第２号様式　　受給者番号 | | | | | |

久留米市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症の検査・治療を実施し、これに係る医療費（実費負担分）を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称
所　　在　　地
連　　絡　　先
主 治 医 氏 名

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	
生年月日		年　月　日		年　月　日
今回の申請にかかる診療期間	年　月　日 ～			年　月　日

【医療保険を適用せずに実施した検査・治療】

項目			検査日又は治療期間	医療機関徴収分（①）	薬局徴収分（②）
検査	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	年　月　日		
		抗カルジオリピンＩｇＧ抗体	年　月　日		
		抗カルジオリピンＩｇＭ抗体	年　月　日		
		ループスアンチコアグラント	年　月　日		
		抗ＰＥＩｇＧ抗体	年　月　日		
		抗ＰＥＩｇＭ抗体	年　月　日		
	凝固因子検査	第Ⅻ因子活性	年　月　日		
		プロテインＳ活性もしくはプロテインＳ抗原	年　月　日		
		プロテインＣ活性もしくはプロテインＣ抗原	年　月　日		
		APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）	年　月　日	円	
	夫婦染色体検査		年　月　日	円	
	絨毛染色体検査（流産物検査）		年　月　日	円	
治療	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む）		年　月　日 ～ 年　月　日	円	円
	低用量アスピリン療法		年　月　日 ～ 年　月　日	円	円
※	（※医師が必要と判断し医療保険が適用されない検査及び治療）		年　月　日 ～ 年　月　日	円	円

〔今回の検査・治療にかかった金額合計〕
領収金額　　円（上記実費負担額①，②の合計額となります。）

※１　受診者に関して行った不育症の検査・治療（医療保険適用外）に係るもののみご記入ください。
※２　検査及び治療を開始した日の属する月から起算して１年間の検査・治療が助成の対象となります。
※３　院外処方がある場合、「薬局徴収分（②）」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
※４　文書料，個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
※５　不育症の検査及び治療に関する任意の給付（付加給付）がある場合は、その額を含まないでください。