様式第２号（第５条関係）

受給者番号								（この欄は記入しないでください。）

不育症治療費助成事業受診等証明書

次の者については、流産（生化学的流産を除く。）、死産又は早期新生児死亡の既往が２回以上あることから、不育症の検査又は治療を行いました。ついては、保険適用外の医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

赤穂市長　宛

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の合計と一致すること。）		

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

※２：領収金額の一致する治療期間内の領収書の写しを別途添付してください。
院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療費助成事業受診等証明書（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又は治療】

区　分	項　　目		実施の有無	金額(※３)
一次スクリーニング検査	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		円
		抗カルジオリピンＩｇＧ抗体		円
		抗カルジオリピンＩｇＭ抗体		円
		ループスアンチコアグラント		円
	夫婦染色体検査			円
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）		円
		抗PEIｇＭ抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）		円
		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）		円
		ネオ・セルフ抗体（抗β2GPI/HLA/DR抗体）		円
	凝固因子検査	第Ⅻ因子活性		円
		プロテインＳ活性又はプロテインＳ抗原		円
		プロテインＣ活性又はプロテインＣ抗原		円
		APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）		円
治　　療	低容量アスピリン療法			円
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射） ※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。			円