年　　　月　　　日

様式第２号（第6条関係）

医療機関　　 　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名前　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

電話番号

三原市不育症治療費補助申請に係る証明書

次の者に対し，不育症の検査及び治療を実施し，これに係る医療費（調剤費を含む。）を次のとおり徴収したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受 診 者 名 前 | 夫 | （　　　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　　　） |
| 受診者生年月日 | 　　年　　月　　日（　　　歳） | 　年　　月　　日（　　　歳） |
| ※注意※　今回の補助対象検査・治療期間の**初日における妻の年齢が43歳未満**であること |
| 今回の補助対象検査・治療期間 | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　□ 終了　・　□ 検査・治療を継続中**※補助する年度中（４月１日から翌年３月31日まで）の間に行った不育症検査及び治療**が補助対象となりますのでこの期間の年月日を記載してください。 |
| 領　収　金　額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円　（上記の検査・治療期間における本人負担額） |
| **※不育症と不妊症の両方を目的としている検査及び治療**については，**重複で補助はできません。**医師の判断で，不育症治療か不妊治療のどちらかで計上してください。 |
| 院外処方の有無 | * 有　・　□ 無
 |
| 当該治療における出産の有無 | * 有　・　□ 無 （□ 治療継続中・□ 未確認・□ 妊娠中・□ その他）
 |

|  |
| --- |
| 助成対象となる検査及び治療 |
| **検　査** | 一次スクリーニング | 子宮形態検査 | 子宮卵管造影検査（HSG） | □ |
| Sonohysterography（子宮腔内液体注入法） | □ |
| 二次元，三次元経腟超音波検査 | □ |
| 中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI・超音波検査 | □ |
| 内分泌検査 | 甲状腺機能（fT4，TSH） | □ |
| 糖尿病検査（血糖値，HbA1c） | □ |
| 夫婦染色体検査 | □ |
| 抗リン脂質抗体 | 抗カルジオリピンβ２グリコプロテインＩ（ＣＬβ２ＧＰＩ）複合体抗体 | □ |
| 抗カルジオリピン（CL）IgG抗体 | □ |
| 抗カルジオリピン（CL）IgM抗体 | □ |
| ループスアンチコアグラント | □ |
| 選択的検査 | 抗リン脂質抗体 | 抗PEIgG抗体 | □ |
| 抗PEIgM抗体 | □ |
| 血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査） | 第Ⅻ因子活性 | □ |
| プロテインS活性又はプロテインS抗原 | □ |
| プロテインC活性又はプロテインC抗原 | □ |
| APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間） | □ |
| そ　の　他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ |
| **治　　療** | アスピリン療法 | □ |
| ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射を含む。） | □ |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ |

※１　当該受診者に対して行った不育症の検査，治療に係るもののみ記載してください。

※２　□は，該当項目にチェックしてください。

※３　不育症治療に直接関係のない費用（処方箋を伴わない医薬品，入院時食事療養費，個室使用料，文書料）は含めないでください。