

阿波市不育症治療費助成事業受診等証明書

次の者については、阿波市不育症治療費助成事業実施要綱第2条第3号の規定により、流産、死産又は早期新生児死亡のいずれかの状態に合計2回以上該当した既往があることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり領収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

⑧

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

	対象となる検査及び治療を受けた者	配偶者(法律上の婚姻関係がある場合)	
ふりがな			
氏名			
生年月日 年齢	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)	
治療等期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計※2	円	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

実施した検査及び治療

- ・治療等期間に実施した検査及び治療のみをしてください。
- ・の検査及び治療にかかった費用のうち、本人負担額を記入してください。
入院時の差額ベッド代、食事代、又は文書料等、直接治療等に関係のない費用は、含めないでください。

項目 期間	医療保険の適用分の本人負担額	医療保険の適用外分の本人負担額※3
	検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ ₂ グロブリン1複合体抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgG抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性又はプロテインS抗原 <input type="checkbox"/> プロテインC活性又はプロテインC抗原 <input type="checkbox"/> APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgM抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体) <input type="checkbox"/> 抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体) <input type="checkbox"/> 流産絨毛染色体検査
治療 <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)		
年4月分	円	円
年5月分	円	円
年6月分	円	円
年7月分	円	円
年8月分	円	円
年9月分	円	円
年10月分	円	円
年11月分	円	円
年12月分	円	円
年1月分	円	円
年2月分	円	円
年3月分	円	円
合計	円	円

※1 治療等期間については、助成申請を行った日の属する年度の4月1日から3月31日までを対象とします。治療等の開始日は、前年度から継続して治療等を行っている場合は4月1日、当該年度に治療等を開始した場合は、その初診日を記入してください。

※2 院外処方等で、別途費用が発生する場合は、当該費用の記載は不要です(領収書の添付が必要です。)

※3 医療保険の適用分の治療等を医療保険の適用外分として対象者に請求した場合の本人負担額は、助成の対象外なので記入しないでください。