

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4号の規定により、2回以上の流産若しくは死産又は妊娠10週以降の原因不明の流産若しくは死産の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(事実婚を含む)	
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。

		事業対象となる検査及び治療と本人負担額	
項目	検査	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グロブリンI複合体抗体 <input type="checkbox"/> 第XII因子活性 <input type="checkbox"/> 抗β <sub>2</sub> GPI IgG抗体 <input type="checkbox"/> プロテインS活性又はプロテインS抗原 <input type="checkbox"/> 抗β <sub>2</sub> GPI IgM抗体 <input type="checkbox"/> プロテインC活性又はプロテインC抗原 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgG抗体 <input type="checkbox"/> アンチトロンビン(AT) <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgM抗体 <input type="checkbox"/> APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間) <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 流産絨毛染色体検査(※3) <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"/> フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン(PS/PT)抗体	
	期間	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	年10月分	円
年5月分	円	年11月分	円
年6月分	円	年12月分	円
年7月分	円	年1月分	円
年8月分	円	年2月分	円
年9月分	円	年3月分	円
合計	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 流産絨毛染色体検査を実施された場合は、徳島県不育症検査費用助成事業の対象となる場合があります。対象となる場合は、流産絨毛染色体検査については徳島県、それ以外の項目については阿波市への申請となりますのでご注意ください。