

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

下記の者については、流産、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、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、保険適用外の医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|                 |                  |          |            |
|-----------------|------------------|----------|------------|
| (ふりがな)<br>受診者氏名 | ( )              | 生年<br>月日 | 年 月 日 ( 歳) |
| 今回の治療期間         | 年 月 日 ~ 年 月 日    |          |            |
| 領収金額合計          | 円 (※2の合計と一致すること) |          |            |

備考

※1 院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療費助成金に係る受診等証明書（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要です。

【実施した保険適用外の検査及び治療】

| 区分                | 項目  |                                    | 実施の有無 | 金額(※2) |
|-------------------|---|------------------------------------|-------|--------|
| 検査<br>(一次スクリーニング) | 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           |       |        |
|                   |   | 抗カルジオリピンIgG抗体                      |       |        |
|                   |   | 抗カルジオリピンIgM抗体                      |       |        |
|                   |   | ループスアンチコアグラント                      |       |        |
|                   | 夫婦染色体検査   |                                    |       |        |
| 検査<br>(選択的検査)     | 抗リン脂質抗体   | 抗PEI gG抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)     |       |        |
|                   |   | 抗PEI gM抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)     |       |        |
|                   |   | 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) |       |        |
|                   |   | ネオ・セルフ抗体(抗β2GPI/HLA-DR抗体)          |       |        |
|                   | 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)             |       |        |
| 治療                | 低用量アスピリン療法  |                                    |       |        |
|                   | ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射)<br>※ヘパリノイド又はダナパロイドナトリウムによる治療を含む。 |                                    |       |        |