

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) 受診者氏名	( )	生年 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 (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 (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) ※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。			