

様式第2号 (第6条関係)

不育症治療受診等証明書

次の者については、次のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が御記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
不育症治療検査内容				
内 訳	区 分	検査・治療内容	実費 (保険適用外) 負担額	
			医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②
	年 4月分		円	円
	年 5月分			円
	年 6月分			円
	年 7月分			円
	年 8月分			円
	年 9月分			円
	年 10月分			円
	年 11月分			円
	年 12月分			円
	年 1月分			円
	年 2月分			円
年 3月分			円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
領収金額			円 (上記本人負担額①~②の合計額となります。)	

- (注1) 当該患者に関して行った不育症治療（保険適用外）に係るもののみご記入ください。
- (注2) 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- (注3) 検査・治療内容は、次に掲げる番号を記入してください。

1 抗リン脂質抗体検査 (1次スクリーニング)	抗カルジオリピンβ ₂ グロブリン 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
2 夫婦染色体検査	
3 抗リン脂質抗体検査 (選択的検査)	抗フォスファチジルエタノールアミンIgG抗体
	抗フォスファチジルエタノールアミンIgM抗体
4 血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第VII因子活性
	プロテインS活性もしくはプロテインS抗原
	プロテインC活性もしくはプロテインC抗原
	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)
5 絨毛染色体検査	
6 低用量アスピリン療法	
7 ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射法を含む。)	

(注4) 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。