

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S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。