

明石市不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者については、不育症の検査及び治療を実施し、これにかかる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。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関の所在地

主治医氏名

印

●医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（フリガナ） 受診者氏名	（ ）	生年 月日	S・H 年 月 日 （ 歳）
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
領 収 金 額 （※1）	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る] 不育症治療費 領収金額 円（※2と一致すること）		

※1 領収金額が一致する治療期間内の領収書を裏面添付してください。

院外処方等で別途費用が発生する場合は、薬局において「明石市不育症治療支援事業受診等証明書（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】※実施の欄には該当するものに○を記入してください。

区 分	項 目	実施の有無	金額（※2）
検査 （一次 スクリー ング）	抗リン脂 質抗体	抗カルジオリピンβ2グロブリンI複合体抗体	
		抗カルジオリピンI gG 抗体	
		抗カルジオリピンI gM 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）	
	凝固因子 検査	第XII因子活性	
		プロテインS活性若しくは抗原	
		プロテインC活性若しくは抗原	
	A P T T（活性化部分トロンボプラスチン時間）		
検査	絨毛染色体検査		
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）		

領収書添付のり付け欄

裏面