

受給番号 (この欄は記入しないでください)

洲本市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、流産又は死産若しく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。また、保険外診療の医療費を下記のとおり領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 (主治医が記入すること)

(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)
今回の治療期間(※1)	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額合計 (※2)	¥ <input type="text"/> 円 (※3の合計と一致すること)			

※1: 治療等期間については、当該年度の4月1日から3月31日までを対象とします。左記期間内で治療等を行った期間を記載してください。一連の治療が終了していかなくてもかまいません。

※2: 領収金額の一致する治療等期間内の領収書を別途添付して下さい。

院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「洲本市不育症治療費助成事業受診等証明書 (薬局用)」を作成することになりますので、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
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 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		
	夫婦染色体検査			
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
		抗PEIgM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活性もしくは抗原		
		プロテインC活性もしくは抗原		
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療法を含む)			
合 計				

受給番号

（この欄は記入しないでください）

洲本市不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の治療に係る保険適用外の薬剤費を下記のとおり下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称及び所在地
代表者名

薬局記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 氏 名	()	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
領収月日(※1)	年 月 日 ~	年 月 日	
領収金額合計 (※2)	¥ _____ 円 (※3の合計と一致すること)		

※1：領収月日については、当該年度の4月1日から3月31日までを対象とします。左記期間内の領収期間記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2：領収金額の一致する治療等期間内の領収書を別途添付して下さい。

【処方した保険適用外の薬剤費】

区分	項目	実施の有無	金額
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）		