

様式第2号（第5条関係）

不育症治療等支援事業受診等証明書（医療機関用）

次の者について、不育症の検査及び治療を行い、医療保険適用外の治療費を次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

印

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 (※1)	円 (※2の合計と一致すること)		

※1 領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付してください。院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療等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。

【実施した医療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β <sub>2</sub> グロブ ロテインI複合体抗体		
		抗カルジオリピン(CL)IgG抗体		
		抗カルジオリピン(CL)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)		
	血栓性素 因スクリー ニング (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		
	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療法を含 む。また、ヘパリノイドを使用するものを含 む。)			