

藍住町不育症治療費等助成事業受診等証明書

次の者については、藍住町不育症治療費等助成事業実施要綱第3条第3号の規定により、2回以上の流産若しくは死産の既往があることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり領収したことを証明します。

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。)

※ 院外処方等で、別途費用が発生する場合は、当該費用の記載は不要です(領収書の添付が必要です)。

	対象となる検査及び治療を受けた者	配偶者(事実婚を含む)	
ふりがな			
氏名			
生年月日 年齢	年 月 日( 歳)	年 月 日( 歳)	
治療等期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計※1	円	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

実施した検査及び治療

・治療等期間に実施した検査及び治療のみをしてください。

・の検査及び治療にかかった費用のうち、本人負担額を記入してください。

入院時の差額ベッド代、食事代又は文書料等、直接治療等に関係のない費用は、含めないでください。

		事業対象となる検査及び治療と本人負担額	
項目	検査	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グロブリン複合体抗体 <input type="checkbox"/> 流死産胎児絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗β <sub>2</sub> GPI IgG抗体 <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 抗β <sub>2</sub> GPI IgM抗体 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgG抗体 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgM抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 第XII因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性又はプロテインS抗原 <input type="checkbox"/> プロテインC活性又はプロテインC抗原 <input type="checkbox"/> アンチトロンビン(AT) <input type="checkbox"/> APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	
	治療	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)	
期間	年4月分	円	年10月分 円
	年5月分	円	年11月分 円
	年6月分	円	年12月分 円
	年7月分	円	年1月分 円
	年8月分	円	年2月分 円
	年9月分	円	年3月分 円
合計	円		