

不育症治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

苦前町長 宛

医療機関名  
 医療機関所在地  
 主治医氏名

㊞

下記の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（治療を行った医療機関の主治医が記入すること）

受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日生（歳）	妻	年 月 日生（歳）
既往歴	今回の検査及び治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入して下さい。			
初回申請のみ記入	検査実施医療機関	※治療実施医療機関と同じ場合は記入不要です。 医療機関名： 住所：		
	検査機関	年 月 日 ～ 年 月 日 【検査結果判明日： 年 月 日】		
	検査内容	実施した検査の□に✓を記入して下さい。その他については内容を簡潔に記入して下さい。		
	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他【内容】	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他【内容】	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオピリンβ2 グルコプロテインI複合体抗体 <input type="checkbox"/> ルーブスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンI g G抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンI g M抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEI g G抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEI g M抗体 <input type="checkbox"/> その他【内容】	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 第Ⅶ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテインC活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> その他【内容】
治療期間	※治療を実施していない場合は記入不要です。 年 月 日 ～ 年 月 日			
治療内容	※治療を実施していない場合は記入不要です。 該当するものの□に✓を記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/> A手術療法 <input type="checkbox"/> B着床前診断 <input type="checkbox"/> C抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	<input type="checkbox"/> Dインスリン <input type="checkbox"/> E低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> Fヘパリン療法 <input type="checkbox"/> Gカウンセリング		
治療結果	該当するものの□に✓を記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず		【医師の判断した日： 年 月 日】	
	<input type="checkbox"/> 他の診療科（産科・婦人科以外）において治療実施（予定）		【医師の判断した日： 年 月 日】	
	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了			
	<input type="checkbox"/> 出産等（又は治療A、Bの終了）		【出産等した日： 年 月 日】	
領収金額	検査	保険診療分	円	
		保険外診療分	円	
	治療	保険診療分	円	
		保険外診療分	円	
合計		円		
備考				