

様式第2号

福岡市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症の検査・治療を実施し、これに係る医療費（実費負担分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

(ふりがな)			
受診者氏名	夫		妻
生年月日		年 月 日	年 月 日
今回の申請にかかる診療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

【医療保険を適用せずに実施した検査・治療】

項 目			検査日又は治療期間	医療機関 徴収分 (①)	薬局 徴収分 (②)	
検 査	抗リン脂質 抗体	抗ネオセルフ β2グリコプロテイン I 複合体抗体	年 月 日	円		
		抗カルジオリピン β2グルコプロテイン I 複合体抗体	年 月 日			
		抗カルジオリピン I g G 抗体	年 月 日			
		抗カルジオリピン I g M 抗体	年 月 日			
		ループスアンチコアグラント	年 月 日			
		抗 P E I g G 抗体	年 月 日			
		抗 P E I g M 抗体	年 月 日			
	凝固因子 検査	第Ⅻ因子活性	年 月 日			
		プロテイン S 活性もしくはプロテイン S 抗原	年 月 日			
		プロテイン C 活性もしくはプロテイン C 抗原	年 月 日			
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	年 月 日			
	夫婦染色体検査		年 月 日			円
	流死産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）		年 月 日			円
絨毛染色体検査（G-banding法）		年 月 日	円			
治 療	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む）		年 月 日 ～ 年 月 日	円	円	
	低用量アスピリン療法		年 月 日 ～ 年 月 日	円	円	
	[今回の検査・治療にかかった金額合計]					
領収金額			円	(上記実費負担額①，②の合計額となります。)		

※1 受診者に関して行った不育症の検査・治療（医療保険適用外）に係るもののみご記入ください。
※2 検査及び治療を開始した日の属する月から起算して1年間の検査・治療が助成の対象となります。
※3 院外処方がある場合、「薬局徴収分（②）」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
※4 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。