

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)			妻	
受診者氏名	夫			
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)
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	
	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	円
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
	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 受診者に関する不育症の検査・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。