

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。

令和2年10月10日

医療機関の名称 福岡市役所レディースクリニック
所在地 福岡市中央区天神1-8-1
連絡先 092-123-4567
主治医氏名 博多 一郎

印

訂正する場合は、訂正か所に二重線を引き、こちらの印で訂正印を押印してください。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

（ふりがな）		ふくおか たろう		ふくおか はなこ
受診者氏名	夫	福岡 太郎	妻	福岡 花子
生年月日		昭和54年1月1日		昭和54年2月2日
今回の申請にかかる診療期間	令和2年5月10日～令和2年8月2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	20,000	
		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	令和2年 5月 10日		
		抗カルジオリピンI g M抗体	令和2年 5月 10日		
		ループスアンチコアグラント	令和2年 5月 10日		
		抗P E I g G抗体	令和2年 5月 10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	円	
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原	令和2年 5月 10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）		令和2年 8月 3日 令和2年 7月 1日 令和2年 7月 31日	60,000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	15,000円	20,000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 115,000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。