

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。

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IgG抗体	令和2年 5月 10日	
	抗カルジオリピンIgM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PEIgG抗体	令和2年 5月 10日	
	抗PEIgM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	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 円	
治療	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 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)	令和2年 7月 1日	20,000円
		～ 令和2年 7月 31日 15,000円	
低用量アスピリン療法	年 月 日	円	
年 月 日	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。