

不育症治療受診等証明書

下記の者について、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地  
 名称  
 主治医氏名  
 電話番号

実施医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな			
受診者 氏 名		夫	妻
受診者 生年月日（年齢）		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
検査内容		検査項目	
一次スクリーニング	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン $\beta_2$ グロコプロテイン I (CL $\beta_2$ GPI) 複合体抗体	
		抗カルジオリピン (CL) IgG抗体	
		抗カルジオリピン (CL) IgM抗体	
		ループスアンチコアグラント	
	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査		
選択的検査	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
		抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
	<input type="checkbox"/> 血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XII因子活性	
		プロテインS活性又はプロテインS抗原	
プロテインC活性又はプロテインC抗原			
APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)			
<input type="checkbox"/> 絨毛染色体検査に要する費用			
<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法			
<input type="checkbox"/> ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)			
貴院にて治療を開始した日		年 月 日	
今回の治療期間		年 月 日から 年 月 日まで	
治療費		円	
薬局徴収分		円	
今回の治療にかかった費用の合計金額		円	

- (注) 1 当該患者に関して行った不育症治療に係るもののみ御記入ください。  
 2 院外処方が有る場合、薬局の領収書から本人負担額を転記してください。  
 3 次に定めるものは、治療費に含まれていません。  
 (1) 医療保険各法の規定に基づく保険者負担分  
 (2) 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料その他の治療に直接関係のないもの