

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

医療機関 所在地
 名称
 主治医 ⑩

香美町不育症治療受診等証明書

下記の者は、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る保険適用外の医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

ふりがな			生年	昭・平	年	月	日
受診者氏名			月日			(歳)	
治療期間	年 月 日 ~		年 月 日				
領収金額			円				
検査・治療内容	区分	項目		実施の有無	金額		
	検査(一次スクリーニング)	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ ₂ グルコプロテインI複合体抗体		円		
			抗カルジオリピンIgG抗体		円		
			抗カルジオリピンIgM抗体		円		
			ループスアンチコアグラント		円		
		夫婦染色体検査		円			
	検査(選択的検査)	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)		円		
			抗PEIgM抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		円		
		凝固因子検査	第XII因子活性		円		
			プロテインS活性もしくは抗原		円		
			プロテインC活性もしくは抗原		円		
	検査	絨毛染色体検査			円		
	治療	低用量アスピリン療法			円		
		ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射)			円		