

様式第 2 号（第 5 条関係）

稲美町不妊検査・治療実施証明書

下記の者については、不妊治療にかかる検査・治療が必要と診断し、不妊検査・治療を実施しました。これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。（注：この助成事業において「不妊症」とは、2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往症があることをいいます。）

年 月 日

稲美町長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）				
受診者	夫	(フリガナ) 氏名 年 月 日 (歳)	妻	(フリガナ) 氏名 年 月 日 (歳)
	○当該患者が今回行った不妊検査・治療について該当箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 止血・補体検査 <input type="checkbox"/> 自己抗体検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> その他 ()			
今回の検査・治療内容等	○不妊治療に関する院外処方の有無（※1） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ○特記事項			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (1月～12月で記入してください。)			
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日 (1月～12月で記入してください。)			
領収金額	円 (1月～12月で記入してください。※2)			

※1：院外処方がある場合は、主治医が患者から不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

※2：助成対象となる費用の総額を記載してください。なお、入院時食事療養費、文書料、個室料その他不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。

【裏面もご記入ください】

様式第 2 号（第 5 条関係）（裏面）

※今回の検査・治療のうち、下記に該当するものがありましたら、ご記入ください。

【保険適用外の検査及び治療】

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		
		抗カルジオリピンIgG抗体		
		抗カルジオリピンIgM抗体		
		ループスアンチコアグラント		
	夫婦染色体検査			
検査 (選択的検 査)	抗リン脂質 抗体	抗PEI gG抗体(抗フォスファチジルエタノ ールアミン抗体)		
		抗PEI gM抗体(抗フォスファチジルエタノ ールアミン抗体)		
	凝固因子検 査	第XIII因子活性		
		プロテインS活性もしくは抗原		
		プロテインC活性もしくは抗原		
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)		
検査	絨毛染色体検査			
治療	低用量アスピリン療法			
	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む)			