

## 芦屋市不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者については、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行いました。つきましては、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。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

## 医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	（ 歳）
今回の治療期間（※1）	年 月 日	～	年 月 日		
領収金額合計（※2）	￥		円	（※3の合計金額と一致すること）	

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から3月末までを対象とします。

上記期間内の治療期間を記載してください。治療が終了していなくてもかまいません。

※2：領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付してください。

院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「芦屋市不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不用です。

## 【実施した保険適用外の検査及び治療】

区分	項目	実施の場合○	金額（※3）
検査 (一次スクリーニング)	抗リソ脂質抗体	抗カルジオリピン $\beta_2$ グルコプロテイン 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	
	夫婦染色体検査		
検査 (選択的検査)	抗リソ脂質抗体	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)	
		抗PS/PT 抗体 (フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体)	
		ネオ・セルフ抗体 (抗 $\beta$ 2GPI/HLA-DR 抗体)	
	凝固因子検査	第XII因子活性	
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原	
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原	
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	
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。） ※ヘパリノイド（ダナパロイドナトリウム）によるものを含む。		