

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 ン 脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グルコプロテイン I （CL β_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 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）		
		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 β_2 GPI/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。			