

様式第2号（第5条関係）（表面）

受給者番号	3							—		(市記入欄)
-------	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--------

高砂市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、流産、死産又は早期新生児死亡の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

記

高砂市長 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

ふりがな	夫		妻	
受診者氏名				
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療内容 (※1)				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (1月から12月までに受診した実際の治療期間を記入してください。)			
領収年月日 及び 領収金額 (上記、治療期間の内容を記入してください。)	年 月 日 ~		年 月 日	
	保険診療 (※2)	円	合計	
	保険外診療 (※3)	円		円

※1～3 今回の治療内容及び領収金額について、裏面に詳細を記載してください。

※2・3 領収金額については、裏面と一致する金額を記載してください。

(裏面)

※今回の検査及び治療の内容の詳細を記入してください。(医療機関記入)

区分	項目	実施の有無	金額(円)	
			保険適用	保険適用外
検査 (1次スクリーニング)	抗リン脂質抗体	抗CL β_2 GPI複合体抗体 (抗カルジオリピン β_2 グロブリンI複合体抗体)	有・無	
		抗CL IgG抗体 (抗カルジオリピンIgG抗体)	有・無	
		抗CL IgM抗体 (抗カルジオリピンIgM抗体)	有・無	
		ループスアンチコアグラント	有・無	
	夫婦染色体検査	有・無		
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗PE IgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	有・無	
		抗PE IgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	有・無	
		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)	有・無	
		ネオ・セルフ抗体 (抗 β 2GPI/HLA-DR抗体)	有・無	
	凝固因子検査	第XII因子活性	有・無	
		プロテインS活性又は抗原	有・無	
		プロテインC活性又は抗原	有・無	
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	有・無	
治療	低用量アスピリン療法	有・無		
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射) ※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。	有・無		
	その他 ()	有・無		
合計			※2	※3