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　　㊞

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　円
		保険外診療（※３）　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次ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ）	抗リン脂質抗体	抗ＣＬ β₂ＧＰＩ複合体抗体（抗ｶﾙｼﾞｵﾘﾋﾟﾝβ₂ｸﾞﾙｺﾌﾟﾛﾃｲﾝⅠ複合体抗体）	有・無		
		抗ＣＬ IgG抗体（抗ｶﾙｼﾞｵﾘﾋﾟﾝIgG抗体）	有・無		
		抗ＣＬ IgM抗体（抗ｶﾙｼﾞｵﾘﾋﾟﾝ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（抗ﾌｫｽﾌｧﾁｼﾞﾙｴﾀﾉｰﾙｱﾐﾝ抗体）	有・無		
		抗ＰＥ IgM抗体（抗ﾌｫｽﾌｧﾁｼﾞﾙｴﾀﾉｰﾙｱﾐﾝ抗体）	有・無		
		抗ＰＳ／ＰＴ抗体（ﾌｫｽﾌｧﾁｼﾞﾙｾﾘﾝ依存性抗ﾌﾟﾛﾄﾛﾝﾋﾞﾝ抗体）	有・無		
		ネオ・セルフ抗体（抗β2GPI/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