

様式第2号 (第5条関係)

受給番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

(この欄には記入しないでください。)

淡路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(生化学的流産を除く。)、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行いました。また、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。

年 月 日

淡路市長 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 (主治医が記入すること。)

(ふりがな) 受診者氏名	()	生 年 月 日	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日から翌年3月31日までを対象とします。左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「淡路市不育症治療支援事業受診等証明書(薬局用)(様式第3号)」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不要です。

【実施した保険適用外の検査及び治療】

区 分	項 目		実施の有無	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 グロコプロテインI (CLβ ₂ GPI) 複合体抗体		
		抗カルジオリピン (CL) I g G抗体		
		抗カルジオリピン (CL) I g M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PE I g G抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
		抗PE I g M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活性又はプロテインS抗原		
		プロテインC活性又はプロテイン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。) (ヘパリンノイド (ダナパロイドナトリウム) を使用するものを含む。)			