様式第２号（第５条関係）

受給者番号								（この欄は記入しないでください。）

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。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地
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	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、当該年度末の３月末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「不育症治療費助成事業受診等証明書（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β2グルコプロテインⅠ複合体抗体		
		抗カルジオリピンＩｇＧ抗体		
		抗カルジオリピン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）		
	凝固因子検査	第Ⅻ因子活性		
		プロテインＳ活性又は抗原		
		プロテインＣ活性又は抗原		
		APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）		
検査	絨毛染色体検査			
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）			