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（一次ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ）	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）		
		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）		
	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療法及びヘパリノイドを使用する治療を含む。）			