

様式第2号

福岡県不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症の検査・治療を実施し、これに係る医療費（実費負担分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
連絡先
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

| | | | |
|---------------|---|---------|-------|
| (ふりがな) | | | |
| 受診者氏名 | 夫 | | 妻 |
| 生年月日 | | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 今回の申請にかかる診療期間 | | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |

【医療保険を適用せずに実施した検査・治療】

| 項目 | | 検査日又は治療期間 | 医療機関徴収分(①) | 薬局徴収分(②) |
|---------------------|-------------------------|---------------------------|------------|----------|
| 検査 | 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 | 年 月 日 | 円 |
| | | 抗カルジオリピンI g G抗体 | 年 月 日 | |
| | | 抗カルジオリピンI g M抗体 | 年 月 日 | |
| | | ループスアンチコアグラント | 年 月 日 | |
| | | 抗PEI g G抗体 | 年 月 日 | |
| | | 抗PEI g M抗体 | 年 月 日 | |
| | 凝固因子検査 | 第XII因子活性 | 年 月 日 | |
| | | プロテインS活性もしくはプロテインS抗原 | 年 月 日 | |
| | | プロテインC活性もしくはプロテインC抗原 | 年 月 日 | |
| | | APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間) | 年 月 日 | |
| 夫婦染色体検査 | | 年 月 日 | 円 | |
| 絨毛染色体検査(流産物検査) | | 年 月 日 | 円 | |
| 治療 | ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 円 | 円 |
| | 低用量アスピリン療法 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 円 | 円 |
| [今回の検査・治療にかかった金額合計] | | | | |
| 領収金額 | | 円 (上記実費負担額①, ②の合計額となります。) | | |

- ※1 受診者に関して行った不育症の検査・治療(医療保険適用外)に係るもののみご記入ください。
- ※2 検査及び治療を開始した日の属する月から起算して1年間の検査・治療が助成の対象となります。
- ※3 院外処方がある場合は、「薬局徴収分(②)」欄に薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- ※4 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は除いてください。