

北九州市不育症検査費・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、「薬局徴収分(②)」へ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含まないでください。
- ※5 不育症の検査及び治療に関する任意の給付(付加給付)がある場合は, その額を含まないでください。