

姫路市不育症治療支援事業受診等証明書（医療機関用）

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、保険診療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）		

【保険診療外の検査及び治療】

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 グリコプロテイン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			
	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		
	絨毛染色体検査	<input type="checkbox"/> G-band分染法			
		<input type="checkbox"/> 上記以外の方法（ ）			
	治療	低用量アスピリン療法			
ヘパリン療法（ヘパリノイドを使用するもの及びヘパリン在宅自己注射療法を含む。）					

【厚生労働省告示で先進医療とされた検査】 ※併せて不育症検査結果個票（様式第3号の2）をご記入ください。

区分		項目	実施の有無	金額 ※3
検査	絨毛染色体検査	流死産検体を用いた遺伝子検査 （次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）		
	選択的検査	抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテインI複合体抗体検査		

※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「不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）」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。