

松茂町不育症治療費等助成事業受診等証明書

次の者については、松茂町不育症治療費助成事業実施要綱第2条第4号の規定により、2回以上の流産若しくは死産の既往があることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり領収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

⑧

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

| | 対象となる検査及び治療を受けた者 | 配偶者(事実婚を含む) | |
|------------|------------------|-------------|---|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 年齢 | 年 月 日(歳) | 年 月 日(歳) | |
| 治療等期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 領収金額合計※1 | 円 | 院外処方の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

実施した検査及び治療

・治療等期間に実施した検査及び治療のみをしてください。

・の検査及び治療にかかった費用のうち、本人負担額を記入してください。

入院時の差額ベッド代、食事代又は文書料等、直接治療等に関係のない費用は、含めないでください。

| 事業対象となる検査及び治療と本人負担額 | | | |
|---------------------|---|--|---|
| 項目 | 検査 | | |
| | <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ ₂ グロブリン複合体抗体 <input type="checkbox"/> 抗β ₂ GPI IgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗β ₂ GPI IgM抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgM抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 第XII因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性又はプロテインS抗原 <input type="checkbox"/> プロテインC活性又はプロテインC抗原 <input type="checkbox"/> アンチトロンビン(AT) <input type="checkbox"/> APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間) | <input type="checkbox"/> 流死産胎児絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 | |
| 期間 | 治療 | | |
| | <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。) | | |
| 年4月分 | 円 | 年10月分 | 円 |
| 年5月分 | 円 | 年11月分 | 円 |
| 年6月分 | 円 | 年12月分 | 円 |
| 年7月分 | 円 | 年1月分 | 円 |
| 年8月分 | 円 | 年2月分 | 円 |
| 年9月分 | 円 | 年3月分 | 円 |
| 合計 | 円 | | |

※1 院外処方等で、別途費用が発生する場合は、当該費用の記載は不要です(領収書の添付が必要です。)