

様式第2 (第5条関係)

鹿児島市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、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり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

主治医氏名

(署名又は記名押印)

【医療機関記入欄】

フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療等期間 ※1	開始日: 年 月 日 ~ 終了日: 年 月 日		妊娠の確認: 年 月 日	
	終了理由: 出産・流産等・医師の判断(具体的理由: )			
領収金額 ※2の合計と一致すること	円	※主治医の治療方針に基づき、薬局で処方を受けた場合や、他の医療機関で不育症治療を行った場合は、主治医が患者から不育症治療として支払った全ての領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。		
不育症治療の理由 ・主な治療等	流産等の既往: 回 ※直近の流産等を記入( 年 月)( 年 月)( 年 月) □免疫異常 □内分泌異常 □夫婦染色体異常 □子宮異常 □その他( ) 治療内容:			

※1:開始した日から妊娠が確定し出産(流産または死産を含む)した日又は医師の判断により治療等が終了した日

【実施した不育症の検査及び治療】 該当項目に☑、( )内には具体的内容を記載してください。

	項目	助成対象 ※2		助成対象外(参考)		本市記入欄
		保険	金額	保険	金額	
一 次 検 査	抗 CLβ2GPI 複合体抗体	無☐	円	有☐	円	
	抗 CLIgG 抗体	無☐	円	有☐	円	
	抗 CLIgM 抗体	無☐	円	有☐	円	
	ループスアンチコアグラント	無☐	円	有☐	円	
	子宮形態検査	無☐	円	有☐	円	
	内分泌検査	無☐	円	有☐	円	
	夫婦染色体検査	無☐	円	有☐	円	
選 択 的 検 査	抗 PEIgG 抗体	無☐	円	有☐	円	
	抗 PEIgM 抗体	無☐	円	有☐	円	
	第XII因子活性	無☐	円	有☐	円	
	プロテインS活性もしくは抗原	無☐	円	有☐	円	
	プロテインC活性もしくは抗原	無☐	円	有☐	円	
	APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	無☐	円	有☐	円	
胎児絨毛染色体検査		無☐	円	有☐	円	
治 療	子宮手術( )	無☐	円	有☐	円	
	その他 ※日本産科婦人科学会が認める内容に限る。 ( )	無☐	円	有☐	円	
	□アスピリン療法 □ヘパリン療法	無☐ 有☐	円 円	/		
合 計		円	円			