

上勝町不育症治療費助成事業受診等証明書

次の者については、上勝町不育症治療費助成事業実施要綱第2条第3号の規定により、流産、死産のいずれかの状態に合計2回以上該当した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

印

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			
検 査	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリンβ ₂ グロブリン複合体抗体		
	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリンIgG抗体		
	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリン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"/> APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)		
	<input type="checkbox"/> 抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
	<input type="checkbox"/> 抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
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
	小 計	円	小 計 円
	合 計	円	

※ 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)。