

福山市不育症治療費助成申請に係る証明書

次の者に対し、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る医療費（調剤費を含む。）を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 住 所
電話 番 号
医療機関名
主治医名前

(印)

(ふりがな) 受診者名前	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
検査・治療期間	年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 終了 ・ <input type="checkbox"/> 検査・治療を継続中 ※ 助成する年度の初日を含む年の1月から12月までの1年間に行った不育症検査及び治療 が助成対象となりますので、この期間の年月日を記載してください。 なお、検査・治療が終了していなくてもかまいません。			
領 収 金 額	_____円 (上記の検査・治療期間における本人負担額) ※ 不育症と不妊症の両方を目的としている検査及び治療 については、 重複で助成はできません 。医師の判断で、不育症か不妊治療のどちらかで計上してください。			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
当該治療における出産の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 治療継続中 ・ <input type="checkbox"/> 未確認 ・ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ・ <input type="checkbox"/> その他)			

助成対象となる検査及び治療					
検 査	一次スクリーニング	子宮形態検査	子宮卵管造影検査 (HSG)	<input type="checkbox"/>	
			Sonohysterography (子宮腔内液体注入法)	<input type="checkbox"/>	
			二次元、三次元経膈超音波検査	<input type="checkbox"/>	
			中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI・超音波検査	<input type="checkbox"/>	
		内分泌検査	甲状腺機能 (fT4, TSH)	<input type="checkbox"/>	
			糖尿病検査 (血糖値, HbA1c)	<input type="checkbox"/>	
		夫婦染色体検査			<input type="checkbox"/>
		抗リン脂質抗体	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 (CLβ ₂ GP I) 複合体抗体	<input type="checkbox"/>
				抗カルジオリピン (CL) IgG 抗体	<input type="checkbox"/>
				抗カルジオリピン (CL) IgM 抗体	<input type="checkbox"/>
	ループスアンチコアグラント			<input type="checkbox"/>	
	選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG 抗体	<input type="checkbox"/>	
			抗PEIgM 抗体	<input type="checkbox"/>	
		血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XIII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"/>		
その他		()	<input type="checkbox"/>		
治 療	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を含む。)		<input type="checkbox"/>		
	その他 ()		<input type="checkbox"/>		

- ※1 当該受診者に対して行った不育症の検査及び治療に係るもののみ記載してください。
- ※2 は、該当項目にチェックしてください。
- ※3 入院時食事療養費、個室使用料及び文書料等の不育症治療に直接関係のない費用は含めなくてください。