

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 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いてもかまいません。			
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			

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、三次元経腔超音波検査	<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		
	抗リン脂質抗体	抗リン脂質抗体(APL)ペネル	<input type="checkbox"/>
		抗カルジオリビンβ ₂ グリコプロテインI(CL β ₂ GPI)複合体抗体	<input type="checkbox"/>
		抗カルジオリビン(CL)IgG抗体	<input type="checkbox"/>
抗カルジオリビン(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PEIgG抗体	<input type="checkbox"/>	
	抗PEIgM抗体	<input type="checkbox"/>	
	第XII因子活性	<input type="checkbox"/>	
	プロテインS	<input type="checkbox"/>	
	プロテインC	<input type="checkbox"/>	
流死産胎児絨毛染色体検査	APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	<input type="checkbox"/>	
	先進医療を実施する保険医療機関として届出後又は承認後に先進医療として実施した不育症検査 →該当の場合は、裏面の不育症検査結果個票もご記入ください	<input type="checkbox"/>	
	先進医療を実施する保険医療機関として届出後又は承認後に先進医療として実施した不育症検査ではない	<input type="checkbox"/>	
抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテインI複合体抗体検査	先進医療を実施する保険医療機関として届出後又は承認後に先進医療として実施した不育症検査 →該当の場合は、裏面の不育症検査結果個票もご記入ください	<input type="checkbox"/>	
	先進医療を実施する保険医療機関として届出後又は承認後に先進医療として実施した不育症検査ではない	<input type="checkbox"/>	
	その他市長が必要と認めたもの	()※4	<input type="checkbox"/>
治療	アスピリン療法		
	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いでください。

※4 検査項目「その他市長が必要と認めたもの」は、「不育症管理に関する提言」改訂委員会公表の最新の「不育症管理に関する提言」に定められた「推奨検査」「選択的検査」に該当のものとします。

(裏面)

不育症検査結果個票 (流死産胎児絨毛染色体検査
抗ネオセルフ β ₂グリコプロテイン I 複合体抗体検査)

※先進医療として行っている医療機関のみ記載してください

- 当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。
(該当することを確認の上、□に✓を入れてください。)

既往流死産回数	今回の流死産を含めて <input type="checkbox"/> 2回以上 … これより下の欄にも記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 2回未満 … これより下の欄の記入は不要です。
今回の妊娠における不妊治療の有無	有り (治療期間 年 ヶ月) • 無し • 不明
今回の妊娠における不育症治療の有無	有り (治療内容:) • 無し
実施した先進医療の検査	
先進医療の検査実施日	年 月 日
検査結果 (流死産胎児絨毛染色体検査の場合)	所見無し (46、XX 46、XY) • 所見有り (内容:) • 分析不可
検査結果 (抗ネオセルフ β ₂グリコプロテイン I 複合体抗体検査の場合)	陽性 • 陰性
領収金額	[※先進医療の検査費用に限る] 領収金額 円

※本個票に記載された検査結果等については、個人及び医療機関が特定されない形で国に提出され、国が集約・分析等を行い、施策の検討に活用されます。

【自治体記入欄】都道府県等名:福山市 報告No:_____