

様式第2号（第5条関係）

加古川市不育症検査・治療実施証明書

下記の者については、不育症治療にかかる検査・治療が必要と診断し、不育症検査・治療を実施しました。これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。（注：この助成事業において「不育症」とは、2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往症があることをいいます。）

年 月 日

加古川市長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名
(自署又は記名押印)

医療機関記入欄（主治医が記入すること）					
受診者	夫	(フリガナ)	妻	(フリガナ)	
		氏名		氏名	
		昭和 平成 年 月 日（ 歳）		昭和 平成 年 月 日（ 歳）	
今回の検査・治療内容等	○当該患者が今回行った不育症検査・治療について該当箇所に記入してください。 ☐ 内分泌検査 ☐ 止血・補体検査 ☐ 自己抗体検査 ☐ 染色体検査 ☐ 抗血小板療法 ☐ 抗凝固療法 ☐ ホルモン療法 ☐ 免疫抑制療法 ☐ 漢方療法 ☐ その他（ ） ○不育症治療に関する院外処方の有無（※１） ☐あり ☐なし ○特記事項				
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日（１月～１２月で記入してください。）				
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日（１月～１２月で記入してください。）				
領収金額	円（１月～１２月で記入してください。 ※２）				

※1：院外処方がある場合は、主治医が患者から不育症治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

※2：不育症の検査・治療にかかる費用の総額（医療保険適用の内外問いません）を記載してください。
 なお、入院時食事療養費、文書料、個室料その他不育症治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。

※3：絨毛染色体検査について、兵庫県不育症検査費用助成事業（国庫補助事業）の対象となる費用は、当事業の助成対象となりません。

【裏面もご記入ください】

様式第 2 号（第 5 条関係）（裏面）

※今回の検査・治療のうち、下記に該当するものがありましたら、ご記入ください。

【保険適用外の検査及び治療】

区 分	項 目		実施の有無	金額
検査 (一次スクリーニング)	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グルコプロテイン I 複合体抗体	有・無	
		抗カルジオリピン IgG 抗体	有・無	
		抗カルジオリピン IgM 抗体	有・無	
		ループスアンチコアグラント	有・無	
	夫婦染色体検査		有・無	
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗 PEI gG 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	有・無	
		抗 PEI gM 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	有・無	
		抗 PS/PT 抗体 (フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体)	有・無	
		ネオ・セルフ抗体 (抗 β 2GPI/HLA-DR 抗体)	有・無	
	凝固因子検査	第Ⅻ因子活性	有・無	
		プロテイン S 活性又はプロテイン S 抗原	有・無	
		プロテイン C 活性又はプロテイン C 抗原	有・無	
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	有・無	
治療	低容量アスピリン療法		有・無	
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む) ※2		有・無	

※1：兵庫県不育症検査費用助成事業（国庫補助事業）の対象となる費用は、当事業の助成対象となりません。

※2：ヘパリノイド（ダナパロイドナトリウムを使用するものを含む。）

※3：実施の有無についてどちらかに○をしてください。実施の場合は必ず金額を記入してください。