

富田林市不育症治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

富田林市長 様

所在地  
医療機関名

主治医氏名

印

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

受診者	フリガナ		生年月日	年 月 日（歳）
	氏名			治療等を行った期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。
	住所	〒584- 富田林市		
検査・治療期間	年 月 日～ 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 終了 ・ <input type="checkbox"/> 検査・治療を継続中 注) 治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。 上記期間内の治療期間を記載してください。検査・治療が終了して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） 院外処方 有 ・ 無（処方指示日 _____）			

(※) 申請時は、領収書の添付も必要です。

【医療保険を適用せずに実施した検査及び治療】実施したものに、又は記載してください。

区分	項 目		<input checked="" type="checkbox"/>	
検 査	子宮形態検査	3D 超音波検査	<input type="checkbox"/>	
		ソノヒステログラフィー(2D 超音波検査)	<input type="checkbox"/>	
		子宮卵管造影検査(HSG)	<input type="checkbox"/>	
	内分泌検査	TSH、fT4	<input type="checkbox"/>	
	夫婦染色体検査	染色体G分染法	<input type="checkbox"/>	
	流死産・胎児絨毛染色体検査(G分染法)		<input type="checkbox"/>	
	抗リン脂質抗体	抗β <sub>2</sub> GPI IgG抗体		<input type="checkbox"/>
		抗β <sub>2</sub> GPI IgM抗体		<input type="checkbox"/>
		β <sub>2</sub> GPI依存性抗カルジオリピン抗体(IgG)		<input type="checkbox"/>
		抗カルジオリピン IgG抗体		<input type="checkbox"/>
		抗カルジオリピン IgM抗体		<input type="checkbox"/>
		ループスアンチコアグラント(LA)		<input type="checkbox"/>
		抗リン脂質抗体	抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体IgG	<input type="checkbox"/>
	選 択 的 検 査	抗リン脂質抗体	抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体IgM	<input type="checkbox"/>
			フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン(PS/PT)	<input type="checkbox"/>
			ネオセルフ抗体(抗β <sub>2</sub> グリオプロテインI/HLA-DR抗体)	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
		子宮形態検査	MRI	<input type="checkbox"/>
		血栓性素因関連検査	子宮鏡検査	<input type="checkbox"/>
			プロテインS	<input type="checkbox"/>
第XII因子凝固活性			<input type="checkbox"/>	
プロテインC			<input type="checkbox"/>	
自己抗体検査		アンチトロンビン	<input type="checkbox"/>	
	抗TPO抗体	<input type="checkbox"/>		
治 療	抗核抗体	<input type="checkbox"/>		
	その他市長が必要と認めたもの（検査内容： _____）	<input type="checkbox"/>		
	アスピリン療法	<input type="checkbox"/>		
治 療	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射を含む。）	<input type="checkbox"/>		
	医師が不育症の治療として必要と認めたもの（治療内容： _____）	<input type="checkbox"/>		

（記載上の注意事項）

- ※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 保険適用対象外診療分に限りません。
- ※3 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」に該当するものとします。
- ※4 次に掲げる費用に係るものは、助成の対象外とします。
  - (1) 富田林市または他の地方公共団体等が実施する不育症治療の治療費等の助成を受けている費用
  - (2) 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、出産費その他不育症治療に関係のない費用
  - (3) 処方箋によらない医薬品等の費用