

記入例

○年 ○月 ○日

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。

証明書の内容について、問い合わせをさせていただきますことがあります。

医療機関の名称及び所在地

●●産婦人科  
徳島県△△市□□町◇◇番地○  
主治医氏名 徳島 一郎 (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	あわ はなこ 阿波 花子	あわ たろう 阿波 太郎
生年月日(年齢)	昭和 60年 4月 1日 (○ ○歳)	昭和 60年 5月 1日 (○ ○歳)
治療等期間	年 月 日 ~	年 月 日
領収金額合計※1	180,000 円	院外処方の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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。

どちらかにチェックしてください。

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 checked="" type="checkbox"/> 抗カルジオペリンβ <sub>2</sub> グロブリンI複合体抗体				
	<input checked="" type="checkbox"/> 抗カルジオペリンIgG抗体				
	<input checked="" type="checkbox"/> 抗カルジオペリンIgM抗体				
	<input checked="" type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント				
	<input checked="" type="checkbox"/> 第XIII因子活性				
	<input checked="" type="checkbox"/> プロテインS活性又はプロテインS抗原				
	<input checked="" type="checkbox"/> プロテインC活性又はプロテインC抗原				
	<input checked="" type="checkbox"/> APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)				
	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法				
	<input checked="" 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	30,000	円	年10月分	30,000	円
年 5月分	10,000	円	年11月分	10,000	円
年 6月分	10,000	円	年12月分	10,000	円
年 7月分	10,000	円	年 1月分	10,000	円
年 8月分	10,000	円	年 2月分	10,000	円
年 9月分	30,000	円	年 3月分	10,000	円
小 計	100,000	円	小 計	80,000	円
合 計	180,000				円

診療期間内に行った検査にチェックをいれてください。検査項目以外のものを実施していても、本事業では対象外となります。

※ 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)。