

受給者番号

## 呉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・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。

令和 年 月 日

医療機関 住 所  
電 話 番 号  
医療機関名  
主治医名前

印

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する検査及び治療について、保険診療で実施している。

次に証明する者は、2回以上の流産、死産、早期新生児死亡の既往がある。

(ふりがな)		( )		( )
受診者名前	夫		妻	
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日( 歳)		昭和 平成 年 月 日( 歳)
検査・治療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで			
領 収 金 額	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"/> 未確認 ・ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ・ <input type="checkbox"/> その他: _____ )			

助成の対象となる検査及び治療

検査	流死産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）
結果	<input type="checkbox"/> 所見なし(46, XX 46, XY) <input type="checkbox"/> 所見あり(内容: ) <input type="checkbox"/> 分析不可(増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など)

検査	子宮形態検査	子宮卵管造影検査(HSG)	<input type="checkbox"/>	有・無
		子宮鏡検査	<input type="checkbox"/>	有・無
		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"/>	有・無
	内分泌検査	甲状腺機能(fT4, TSH)	<input type="checkbox"/>	有・無
		糖尿病検査(血糖値, HbA1c)	<input type="checkbox"/>	有・無
		プロラクチン	<input type="checkbox"/>	有・無
	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβグリコプロテイン I (CLβGPI)複合体抗体	<input type="checkbox"/>	有・無
		抗カルジオリピン抗体	<input type="checkbox"/>	有・無
		ループスアンチコアグラント	<input type="checkbox"/>	有・無
		抗 PEIgG 抗体, 抗 PEIgM 抗体	<input type="checkbox"/>	有・無
		抗核抗体	<input type="checkbox"/>	有・無
	血栓性素因スクリーニング(凝固因子検査)	第Ⅻ因子活性	<input type="checkbox"/>	有・無
		プロテイン S 活性又はプロテイン S 抗原	<input type="checkbox"/>	有・無
		プロテイン C 活性又はプロテイン C 抗原	<input type="checkbox"/>	有・無
		PT, APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	<input type="checkbox"/>	有・無
夫婦染色体検査		<input type="checkbox"/>	有・無	
同種免疫検査	NK 活性	<input type="checkbox"/>	有・無	
その他	( )	<input type="checkbox"/>	有・無	
治療	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を含む。)		有・無	
	その他( )		有・無	

- ※1 当該受診者に対して行った不育症の検査, 結果及び治療に係るもののみ記載してください。
- ※2 流産絨毛染色体分析を行った場合は, 該当結果項目に☑し, 内容を記載してください。
- ※3 その他に行った検査は, 該当項目に☑し, 症状の有無に○をしてください。
- ※4 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。