

不育症治療実施証明書

次の者については、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。不育症の治療に係る医療費を以下のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受診者氏名	フリガナ（ ）	生年 月日	昭和 平成	年 月 日（ 歳）
今回の治療等期間（※1）	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額合計（※2）	金 _____ 円			
上記領収金額のうち、 保険適用外治療費	金 _____ 円（※3の合計と一致すること）			

※1：治療等期間については、4月1日から、翌年3月末までを対象とします。
治療が終了していてもかまいません。

※2：医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する自己負担額を積算してください。
院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療実施証明書（薬局用）」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不要です。

【実施した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β2グルコプロテインI複合体抗体	
		抗カルジオリピンIgG抗体	
		抗カルジオリピンIgM抗体	
		ループスアンチコアグラント	
	夫婦染色体検査		
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)	
		抗PEI gM抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
		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)	
	凝固因子検査	第XII因子活性	
		プロテインS活性又はプロテインS抗原	
		プロテインC活性又はプロテインC抗原	
	APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)		
治療	低容量アスピリン療法		
	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射)		
	※ヘパリノイド(ダナパロイドナトリウム)によるものを含む。		
合 計 (※3)			