

様式第4号（第6条関係）

（表）

島田市不育症治療受診等証明書

次の者については、不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を次のとおり徴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



医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

フリガナ 受診者氏名	夫			妻		
受診者 生年月日		年 月 日（ 歳）			年 月 日（ 歳）	
治療開始年月日	年 月 日		今回の 治療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
自己 負担 額の 内 訳	治療実施月	検査・治療内容	実費（保険適用外）負担額			
			医療機関徴収分①	薬局徴収分②		
	年 月分		円	円		
	年 月分		円	円		
	年 月分		円	円		
	年 月分		円	円		
	年 月分		円	円		
	年 月分		円	円		
	年 月分		円	円		
	年 月分		円	円		
	年 月分		円	円		
領収金額	〔今回の治療にかかった診療額合計（保険外診療に限る。）〕 円					

裏面に本申請に係る注意事項について記載していますので、確認してください。

(裏)

(注)

- 1 当該患者に関して行った不育症治療（保険適用外）に係るもののみ記入してください。
- 2 院外処方がある場合、「自己負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から自己負担額を転記してください。
- 3 「検査・治療内容」は、次の表に掲げる番号を記入してください。（複数選択可）

1 抗リン脂質抗体検査（1次スクリーニング）	抗カルジオリピン $\beta_2$ グロブリン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
2 夫婦染色体検査	
3 抗リン脂質抗体検査（選択的検査）	抗フォスファチジルエタノールアミンIgG抗体
	抗フォスファチジルエタノールアミンIgM抗体
4 血栓性素因スクリーニング（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）
5 絨毛染色体検査	
6 低用量アスピリン療法	
7 ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。）	