

### 徳島市不育症治療費助成事業受診等証明書

次の者については、徳島市不育症治療費助成事業実施要綱第2条第1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。

医療機関の名称及び所在地  
●●産婦人科  
徳島市●●●町

主治医氏名 **徳島 五郎**

証明書の内容について、問い合わせをさせていただくことがあります。

徳島

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 おとこ <b>阿波 踊り子</b>        | あわ みずと <b>阿波 水都</b>  |
| 生年月日(年齢) | 昭和 平成 <b>62年5月4日</b> ( △△歳) | 昭和 平成 <b>60年11月20日</b> ( ○○歳)  |
| 治療等期間    | 令和 3年 4月 5日 ~ 令和3年 8月 23日   |  |
| 領収金額合計※1 | <b>42000</b> 円              | 院外処方の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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□にV印を記入してください。
- ・□にV印を記入した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。  
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。

どちらかにチェックしてください。

|                |                                     |                          |   |
|----------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| 医療保険の適用分の本人負担額 |                                     |                          |   |
| 検査             | <input checked="" type="checkbox"/> | 抗カルジオリピンβ2グルコプロテインI複合体抗体 |   |
|                | <input checked="" type="checkbox"/> | 抗カルジオリピンIgG抗体            |   |
|                | <input checked="" type="checkbox"/> | 抗カルジオリピン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XII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)   |   |
| 治療             | <input checked="" type="checkbox"/> | 夫婦染色体検査                  |   |
|                | <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を含む)  |   |
| 年4月分           | <b>7000</b> 円                       | 年10月分                    | 円 |
| 年5月分           | <b>20000</b> 円                      | 年11月分                    | 円 |
| 年6月分           | <b>5000</b> 円                       | 年12月分                    | 円 |
| 年7月分           | <b>5000</b> 円                       | 年1月分                     | 円 |
| 年8月分           | <b>5000</b> 円                       | 年2月分                     | 円 |
| 年9月分           | 円                                   | 年3月分                     | 円 |
| 小計             | <b>42000</b> 円                      | 小計                       | 円 |
| 合計             | <b>42000</b> 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。左に記載されている検査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。

※1 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)。

※2 医療保険の適用分の治療等を医療保険の適用外分として対象者に請求した場合の本人負担額は、助成の対象外なので記入しないでください。