様式第 2-1 号

受給者番号					

（この欄は記入しないでください）

育

西宮市不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者については、流産（生化学的流産を除く。）、死産又は早期新生児死亡の既往が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。つきましては、保険適用外の医療費を下記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

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	（　　）	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
今回の治療期間(※1)	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		
領収金額合計 (※2)	円　(※3 の合計と一致すること)		

※1 ：治療期間については、当該年度の４月１日から、当該年度末の３月末までを対象とします。左記期間内の治療期間を記載してください。治療が終了していなくてもかまいません。

※2 ：**裏面の領収金額の内訳に**、この治療に該当する領収書の年月日及び金額をご記入の上、領収書を別途添付してください。なお、院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療支援事業受診等証明書（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（※3）
①	検査（一次ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ）	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 PEIｇＧ抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）		
			抗 PEIｇＭ抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）		
		凝固因子検査	第Ⅻ因子活性		
			プロテインＳ活性もしくは抗原		
			プロテインＣ活性もしくは抗原		
			APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）		
②	治療	低用量アスピリン療法			
		ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射含む）			

様式第 2-1 号裏
参考様式

西宮市不育症治療支援事業　領収金額の内訳

西宮市不育症治療支援事業受診等証明書(様式第 2-1 号)の作成の際にご活用いただくと受付時の確認が円滑となり、医療機関・薬局への問い合わせ等の軽減にもつながりますので、ご協力よろしくお願いいたします。

領収年月日	領収金額	うち、不育症にかかる金額	備考
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
／　／	円	円	
合計	円	円(※3)	