

尾道市長 様

医療機関

住 所

医療機関名

代 表 者

電 話 番 号

印

尾道市不育症治療費助成金申請に係る証明書

次の者が、不育症の検査及び治療を受け、これに係る医療費（調剤費を含む。）の本人負担額を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者名前	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
	治療開始時の妻の年齢 (歳) 注意 今回の助成対象検査・治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。			
今回の 助成対象検査・ 治療期間	年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 検査・治療終了 <input type="checkbox"/> 検査・治療を継続中 ※ 助成する年度中（4月1日から翌年3月31日まで）の間に行った不育症検査及び治療が対象となるので、この期間の年月日を記入してください。			
領収金額	円 ※ 上記の検査・治療期間における本人負担額の合計金額。文書料を除く。 ※ 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、不育症治療か不妊症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			
当該治療の 通院日数	日 ※ 住所地が因島、瀬戸田町、百島町の方のみ記入してください			

注1 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、不育症治療か不妊症治療のどちらかで計上してください。

注2 は該当項目をチェックしてください。

注3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は含めないでください。

裏面も記入してください。

様式第2号 裏面

助成対象となる検査及び治療					
検査	一次スクリーニング	子宮形態検査	子宮卵管造影検査 (HSG)	<input type="checkbox"/>	
			Sonohysterography (子宮腔内液体注入法)	<input type="checkbox"/>	
			二次元・三次元経陰超音波検査	<input type="checkbox"/>	
			中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI検査・超音波検査	<input type="checkbox"/>	
		内分泌検査	甲状腺機能 (fT4、TSH)	<input type="checkbox"/>	
			糖尿病検査 (血糖値、HbA1c)	<input type="checkbox"/>	
		夫婦染色体検査			<input type="checkbox"/>
		抗リン脂質抗体	抗リン脂質抗体 (APL) パネル	<input type="checkbox"/>	
			抗カルジオリピン β 2グリコプロテイン I (CL β 2GPI) 複合体抗体	<input type="checkbox"/>	
			抗カルジオリピン (CL) IgG抗体	<input type="checkbox"/>	
			抗カルジオリピン (CL) IgM抗体	<input type="checkbox"/>	
			ループスアンチコアグラント	<input type="checkbox"/>	
		選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEI g G抗体	<input type="checkbox"/>
				抗PEI g M抗体	<input type="checkbox"/>
	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"/>	
			プロテインS	<input type="checkbox"/>	
			プロテインC	<input type="checkbox"/>	
	APPT (活性化部分トロンボプラスチン時間)			<input type="checkbox"/>	
	その他医師が不育症の検査として必要と認めたもの ()			<input type="checkbox"/>	
	治療	アスピリン療法			<input type="checkbox"/>
ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射を含む)			<input type="checkbox"/>		
その他医師が不育症の検査として必要と認めたもの ()			<input type="checkbox"/>		

注1 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、不育症治療か不妊症治療のどちらかで計上してください。

注2 は該当項目をチェックしてください。

注3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は含めないでください。