

年 月 日

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 ☐ 検査・治療終了 ☐ 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	☐ 有 ☐ 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）	☐	
			Sonohysterography（子宮腔内液体注入法）	☐	
			二次元・三次元経陰超音波検査	☐	
			中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI検査・超音波検査	☐	
		内分泌検査	甲状腺機能（fT4、TSH）	☐	
			糖尿病検査（血糖値、HbA1c）	☐	
		夫婦染色体検査		☐	
		抗リン脂質抗体	抗リン脂質抗体（APL）パネル	☐	
			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	☐	
			抗カルジオリピン（CL）IgG抗体	☐	
			抗カルジオリピン（CL）IgM抗体	☐	
			ループスアンチコアグラント	☐	
		選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEI g G抗体	☐
				抗PEI g M抗体	☐
	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	☐	
			プロテインC	☐	
			APPT（活性化部分トロンボプラスチン時間）	☐	
	その他医師が不育症の検査として必要と認めたもの （ ）			☐	
	治 療	アスピリン療法		☐	
ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射を含む）		☐			
その他医師が不育症の検査として必要と認めたもの （ ）		☐			

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。