

勝浦町不育症検査治療費助成事業受診等証明書

次の者については、勝浦町不育症検査治療費助成事業実施要綱第2条第4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。

年 月 日

医療機関 所在地
名 称
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

	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				
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（処方日： / / / / / / / ）			
検査・治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
検査 (医療保険適用分)	実施した検査及び治療で該当するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。（医療保険適用分に限る） <div><input type="checkbox"/>抗カルジオビンβ₂グルコプロテイン1複合体抗体 <input type="checkbox"/>第Ⅺ因子活性 <input type="checkbox"/>抗カルジオビンIgG抗体 <input type="checkbox"/>プロテインS活性又はプロテインS抗原 <input type="checkbox"/>抗カルジオビンIgM抗体 <input type="checkbox"/>プロテインC活性又はプロテインC抗原 <input type="checkbox"/>抗β2GPIIgG抗体 <input type="checkbox"/>アンチトロンビン(AT) <input type="checkbox"/>抗β2GPIIgM抗体 <input type="checkbox"/>APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間) <input type="checkbox"/>ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/>夫婦染色体検査</div>			
治療 (医療保険適用分)	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法含む)			
本人負担額 ※入院時の差額ベッド代、食事代、または文書料等、直接治療等に関係のない費用は含めないでください。	診療年月	自己負担額 (窓口負担額)	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 ※限度額適用認定証等の提示により確認できている場合は適用区分又は限度額を記入してください。	
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	年 月分	円	適用区分（ ）又は限度額（ 円）	<input type="checkbox"/> 未確認
	保険診療分の合計		円	

※ 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)。