

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)
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□をしてください。 (医療保険適用分に限る) <input type="checkbox"/> 抗カルジオピンβ ₂ グルコプロテインI複合体抗体 <input type="checkbox"/> 第XII因子活性 <input type="checkbox"/> 抗カルジオピン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"/> 抗カルジオピン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β2 GPII IgG抗体 <input type="checkbox"/> アンチトロンビン(AT) <input type="checkbox"/> 抗β2 GPII IgM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			
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
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)。