

福岡市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症の検査・治療を実施し、これに係る医療費（実費負担分）を徴収したことを証明します。

令和2年10月10日

医療機関の名称 福岡市役所レディースクリニック  
 所在地 福岡市中央区天神1-8-1  
 連絡先 092-123-4567  
 主治医氏名 博多 一郎



訂正する場合は、訂正か所に二重線を引き、こちらの印で訂正印を押印してください。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

(ふりがな)	夫	ふくおか たろう	妻	ふくおか はなこ
受診者氏名		福岡 太郎		福岡 花子
生年月日		昭和54年1月1日		昭和54年2月2日
今回の申請にかかる診療期間	令和2年5月10日～令和2年8月2日			

【医療保険を適用せずに実施した検査・治療】

項目		検査日又は治療期間	医療機関徴収分(①)	薬局徴収分(②)
検査	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ2グロブリンI複合体抗体	年 月 日	20,000円
		抗カルジオリピンI g G抗体	令和2年 5月 10日	
		抗カルジオリピンI g M抗体	令和2年 5月 10日	
		ループスアンチコアグラント	令和2年 5月 10日	
		抗PEI g G抗体	令和2年 5月 10日	
		抗PEI g M抗体	年 月 日	
	凝固因子検査	第XII因子活性	年 月 日	
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原	令和2年 5月 10日	
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原	年 月 日	
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	年 月 日	
夫婦染色体検査		年 月 日	円	
絨毛染色体検査(流産物検査)		令和2年 8月 3日	60,000円	
治療	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む)	令和2年 7月 1日 ～ 令和2年 7月 31日	15,000円	20,000円
	低用量アスピリン療法	年 月 日 ～ 年 月 日	円	円

[今回の検査・治療にかかった金額合計]

領収金額 115,000円 (上記実費負担額①, ②の合計額となります。)

- ※1 受診者に関して行った不育症の検査・治療(医療保険適用外)に係るもののみご記入ください。
- ※2 検査及び治療を開始した日の属する月から起算して1年間の検査・治療が助成の対象となります。
- ※3 院外処方がある場合、「薬局徴収分(②)」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- ※4 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。