

安城市不育症治療費等助成に係る受診等証明書

次のとおり不育症検査及び治療(又はその調剤)を実施し、
これに係る医療(調剤)費[本人負担額]を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名(※)

(※)本人が手書きしない(スタンプ印等の)場合は、記名押印してください。

(フリガナ)	夫		妻	
受診者氏名				
生年月日		年 月 日		年 月 日
助成対象治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
出産または治療終了日	年 月 日			

	検査及び治療の内容		検査日・治療期間	本人負担額
	推奨検査	子宮形態検査	3D超音波検査	年 月 日
ソノステログラフィー:2D超音波検査			年 月 日	円
子宮卵管造営検査(HSG)			年 月 日	円
抗リン脂質抗体		抗 β2GPI IgG 抗体	年 月 日	円
		抗 β2GPIIgM 抗体	年 月 日	
		β2GPI 依存性抗カルジオリピン抗体(IgG)	年 月 日	
		抗カルジオリピン IgG 抗体	年 月 日	
		抗カルジオリピン IgM 抗体	年 月 日	
		ループスアンチコアグラント	年 月 日	
夫婦染色体検査		染色体G分染法	年 月 日	円
内分泌検査	TSH	年 月 日	円	
	FT4	年 月 日		
選択的検査	子宮形態検査	MRI	年 月 日	円
		子宮鏡検査	年 月 日	円
	血栓性 素因関連検査	プロテインS	年 月 日	円
		第XII因子凝固活性	年 月 日	
		プロテインC	年 月 日	
		アンチトロンビン	年 月 日	
	抗リン脂質抗体	抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体 IgG	年 月 日	円
		抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体 IgM	年 月 日	
		フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン(PS/PT)	年 月 日	
	自己抗体検査	抗 TPO 抗体	年 月 日	円
抗核抗体		年 月 日		
治療	低用量アスピリン療法	年 月 日 ~ 年 月 日	円	
	ヘパリン療法	年 月 日 ~ 年 月 日	円	

【注意】

- 1) 「本人負担額」欄は医療機関徴収分と院外処方薬局徴収分を合算して記入してください。
- 2) 食事療養費標準負担額、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。
- 3) 治療を中断した場合は、1回当たりの治療期間の終了日が「治療終了日」となります。
- 4) 2回同じ検査をした場合は同じ欄に2回分記入してください。

治療にかかった金額	① 円
今回の申請に係る文書料	(領収日 /) ② 円
①+②	円

安城市不育症治療費等助成に係る受診等証明書

次のとおり不育症検査及び治療(又はその調剤)に係る医療(調剤)費[本人負担額]を徴収

作成日を記入してください。

△年 ○月 ×日

記入見本

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名(※)

(※)本人が手書きしない(スタンプ印等の)場合は、記名押印してください。

(フリガナ)		アンジョウ ケンタ		アンジョウ サチコ
受診者氏名	夫	安城 健太	妻	安城 さちこ
生年月日				△年 ○月 ×日
助成対象治療期間		令和8年4月1日以降分が対象です。		△年 ○月 ×日
出産または治療終了日		△年 ○月 ×日		

	検査及び治療の内容	検査日・治療期間	本人負担額	
推奨検査	子宮形態検査	3D超音波検査	年 月 日 円	
		ソヒステログラフィー:2D超音波検査	年 月 日 円	
		子宮卵管造影検査(HSG)	△年 ○月 ×日 7,000円	
	抗リン脂質抗体	抗β2GPI IgG 抗体	年 月 日	※対象検査・治療すべての本人負担額 (保険診療分・保険外診療分を合算)
		抗β2GPI IgM 抗体	年 月 日	
		β2GPI 依存性抗カルジオリピン抗体(IgG)	年 月 日	
		抗カルジオリピン IgG 抗体	年 月 日	
		抗カルジオリピン IgM 抗体	年 月 日	
		ループスアンチコアグラント	年 月 日 円	
	夫婦染色体検査	染色体G分染法	△年 ○月 ×日	9,500円
内分泌検査	TSH	年 月 日	円	
	FT4	年 月 日		
選択的検査	子宮形態検査	MRI	△年 ○月 ×日 35,000円	
		子宮鏡検査	年 月 日 円	
	血栓性素因関連検査	プロテインS	年 月 日	円
		第XII因子凝固活性	年 月 日	
		プロテインC	年 月 日	
		アンチトロンビン	年 月 日 円	
	抗リン脂質抗体	抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体 IgG	年 月 日	円
		抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体 IgM	年 月 日	
		フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン(PS/PT)	年 月 日 円	
	自己抗体検査	抗TPO 抗体	年 月 日	円
抗核抗体		年 月 日 円		
治療	低用量アスピリン療法	年 月 日 ~ 年 月 日	円	
	ヘパリン療法	年 月 日 ~ 年 月 日	円	

【注意】

- 「本人負担額」欄は医療機関徴収分と院外処方薬局徴収分を合算した金額を記入してください。
- 食事療養費、交通費、宿泊費等の治療費ではない費用は記入しないでください。
- 治療を中止した場合は、中止日が「治療終了日」となります。
- 2回同じ検査をした場合は同じ欄に2回分記入してください。

この受診等証明書作成に係る文書料は助成対象です。領収日もご記入ください。

治療にかかった金額	① 51,500円
今回の申請に係る文書料	(領収日 ○ / ×) ② 2,200円
①+②	53,700円