様式第２号（第６条関係）

八頭町不育症検査治療実施医療機関証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 実施期間 | | 年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 | |
| 検査内容  及び費用 | | 抗カルジオリピン抗体ＩｇＭ　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 抗ＰＥ抗体ＩｇＧ　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 抗ＰＥ抗体ＩｇＭ　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 抗ＰＴ抗体　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| その他の検査 | ＮＫ活性　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| リンパ球混合培養　　　　　　　　　　　　　　円 |
| Ｔｈ１／Ｔｈ２　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 【 上記以外の検査内容及び金額 】    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 治療内容  及び費用 | | ヘパリンカルシウム　２０，０００単位　　　　　　　　円 | |
| 在宅自己注射管理料　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 【 その他の治療内容及び金額 】  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| その他費用 | | その他（初診料等 ※保険適用外の場合に限る）　　　　　　　　　円 | |
| 領収金額 | | （上記検査・治療の自己負担額）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 上記のとおり、不育症検査治療に係る費用を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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（自署又は記名押印）  　 電話 | | | |

１　保険適用外の検査及び治療が対象。保険適用の検査及び治療については対象外。

２　同一年度内に複数の医療機関で不育症検査治療を受診した場合は、医療機関ごとに作成。