

不育症治療等実施医療機関等証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
検査および治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
診断名		
流産／死産／ 新生児死亡歴	1回目（流産／死産／新生児死亡歴）	: 年 月 日
	2回目（流産／死産／新生児死亡歴）	: 年 月 日
主な検査 および 治療内容	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">検査内容</div> <input type="checkbox"/> 夫婦の染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgM 検査 <input type="checkbox"/> 抗フォスファチジルエタノールアミンIgG 検査 <input type="checkbox"/> プロテインS 活性検査 <input type="checkbox"/> 抗フォスファチジルエタノールアミンIgM 検査 <input type="checkbox"/> MLC 習慣流産検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">治療内容</div> <input type="checkbox"/> 夫のリンパ球輸注免疫感作療法 <input type="checkbox"/> 免疫グロブリン療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	
領収金額	円（保険適用外の自己負担額）	
<p>上記のとおり、不育症検査および治療を行い、それに係る費用を徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地 名称 医師名</p> <p style="text-align: right;">（署名又は記名押印）</p>		

(注) 助成対象者は、過去の流産、死産および新生児死亡歴が2回以上の方です。
 証明内容について、本人同意のもと近江八幡市健康推進課が問い合わせる場合があります。主な検査および治療内容は、保険適用外の実施分について、□を選択してください。なお令和3年4月1日以後に流産検体を用いた染色体検査を受けた場合は、滋賀県不育症検査費用助成事業の申請をしてください。