

ふりがな 受診者氏名		生 年 月 日		限度額情報提供 有無	
夫		年 月 日		有 ・ 無	
妻		年 月 日		有 ・ 無	
不妊治療開始年月日		年 月 日			
生殖補助医療 (生殖補助医療の周期の途中で女性の年齢が43歳に達する場合のみ、その周期の開始日と終了日を記入してください。)		開始 年月日		年 月 日	
		終了 年月日		年 月 日	
治療内容等					
(先進医療 有・無)					
不育治療開始年月日		年 月 日			
治療内容等					
*裏面に該当する不育症検査治療がある場合のみ以下もご記入下さい。(裏面参照)					
本人負担 額の内訳	検査治療内容		実費(保険適用外)負担額		
			医療機関徴収分①		薬局徴収分②
			円		円
領収金額			円(上記本人負担額①～②の合計額)		

- 1 当該患者に関して行った不育症治療に係るもののみにご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 検査治療内容は下記より記号で記入してください。（複数選択可）

検査	検査内容		検査項目
	一次スクリーニング	①抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロコプロテイン I (CL β_2 GPI)複合体抗体
			抗カルジオリピン (CL) IgG抗体
			抗カルジオリピン (CL) IgM抗体
			ループスアンチコアグラント
		②夫婦染色体検査	
	選択的検査	③抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
			抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		④血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XII因子活性
			プロテインS活性もしくはプロテインS抗原
プロテインC活性もしくはプロテインC抗原			
APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)			
⑤絨毛染色体検査			
治療	⑥低用量アスピリン療法		
	⑦ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む)		

- 4 上記の検査治療内容に含まれない不育症治療に係る費用及び保険診療適用自己負担分は、表面の領収金額に含めないでください。