

第2号様式（第5条関係）

不妊治療・不育治療証明書

年 月 日

(宛先) 富士市長

所在地
 名称
 医療機関
 主治医氏名

(氏名を自書しない場合は、記名押印すること。)

次の者について、不妊治療・不育治療が必要であることを証明します。

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			
<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 妊娠反応陽性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 人工授精 (判定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 転院 () (体外受精、顕微授精、胚移植) (紹介日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 先進医療あり (紹介先)			
不育治療開始年月日		年 月 日	
治療内容等 (検査・治療内容は裏面参照)			
<input type="checkbox"/> 検査① <input type="checkbox"/> 検査② <input type="checkbox"/> 検査③ <input type="checkbox"/> 検査④ <input type="checkbox"/> 検査⑤ <input type="checkbox"/> 治療⑥ <input type="checkbox"/> 治療⑦ <input type="checkbox"/> その他 ()			
*①～⑦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。			
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）

		検査内容	検査項目
検	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	
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。