

北九州市不育症検査費・治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症の検査・治療を実施し、これに係る医療費（実費負担分）を徴収したことを証明します。

3年 8月 30日

医療機関の名称 北九州クリニック
 所在地 北九州市小倉北区城内1-1
 連絡先 093-582-2410
 主治医氏名 小倉 太郎

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

受診者氏名	夫	北九 太郎	妻	北九 花子
生年月日		昭和54年1月1日		昭和54年2月2日
今回の申請にかかる診療期間	令和3年 5月 1日 ~		令和3年 8月 10日	

【医療保険を適用せずに実施した検査・治療】

項目		検査日又は治療期間	医療機関徴収分(①)	薬局徴収分(②)	
検査	抗カルジオリピンβ2グロブリンI複合体抗体	年 月 日	20,000		
	抗カルジオリピンI g G抗体	3年 5月 1日			
	抗カルジオリピンI g M抗体	3年 5月 1日			
	ループスアンチコアグラント	3年 5月 1日			
	抗PEI g G抗体	3年 5月 1日			
	抗PEI g M抗体	年 月 日			
	凝固因子検査	第Ⅻ因子活性			年 月 日
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原			3年 5月 1日
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原			年 月 日
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)			年 月 日
夫婦染色体検査		年 月 日	円		
絨毛染色体検査(流産物検査)		3年 8月 10日	60,000円		
治療	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む)	3年 7月 1日 ~ 3年 7月 31日	15,000円	20,000円	
	低用量アスピリン療法	年 月 日 ~ 年 月 日	円	円	

【今回の検査・治療にかかった金額合計】

領収金額 **115,000円** (上記実費負担額①、②の合計額となります。)

- ※1 受診者に関して行った不育症の検査・治療(医療保険適用外)に係るもののみご記入ください。
- ※2 検査及び治療を開始した日の属する月から起算して1年間の検査・治療が助成の対象となります。
- ※3 院外処方がある場合、「薬局徴収分(②)」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- ※4 文書料、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。