

函館市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不育症に係る検査および治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（治療等を行った医療機関の主治医が記入すること）

受診者氏名 生年月日	夫	() 昭和 年 月 日生 (歳) 平成	妻	() 昭和 年 月 日生 (歳) 平成								
既往歴	今回の検査および治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入してください。											
前回申請時から追加検査がない場合は記入不要	検査実施医療機関	※治療実施医療機関と同じ場合は記入不要です。 医療機関名： 所在地：										
	検査日(期間)	年 月 日 (～ 年 月 日)										
	検査内容	<p>実施した検査の□に✓を記入してください。その他については内容を簡潔に記入してください。 先進医療として告示されている不育症検査であり、かつ、その実施機関として承認されている保険医療機関で実施するものについて申請する場合は、厚生労働省が別に定める証明書等の添付を求める場合があります。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2 グルボプロテイン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgM 抗体 <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテイン S 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテイン C 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2 グルボプロテイン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgM 抗体 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテイン S 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテイン C 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> その他 【内容】			
<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2 グルボプロテイン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgM 抗体 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテイン S 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテイン C 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> その他 【内容】								
治療期間	※治療を実施していない場合は記入不要です。 年 月 日 ～ 年 月 日											
治療内容	※治療を実施していない場合は記入不要です。 該当するものの□に✓を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング, その他医師が必要と判断した治療等 </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	<input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング, その他医師が必要と判断した治療等						
<input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	<input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング, その他医師が必要と判断した治療等											
治療結果	該当するものの□に✓を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず </td> <td style="width: 40%;"> 【医師が判断した日： 年 月 日】 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定) </td> <td> 【医師が判断した日： 年 月 日】 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了 </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 出産等 (又は治療 A, B の終了) </td> <td> 【出産等した日： 年 月 日】 </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず	【医師が判断した日： 年 月 日】	<input type="checkbox"/> 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定)	【医師が判断した日： 年 月 日】	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了		<input type="checkbox"/> 出産等 (又は治療 A, B の終了)	【出産等した日： 年 月 日】
<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず	【医師が判断した日： 年 月 日】											
<input type="checkbox"/> 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定)	【医師が判断した日： 年 月 日】											
<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了												
<input type="checkbox"/> 出産等 (又は治療 A, B の終了)	【出産等した日： 年 月 日】											
領収金額	検査	治療										
		保険診療分		円								
		保険外診療分		円								
		保険診療分		円								
		保険外診療分		円								
		合 計		円								

函館市記載欄

受給者番号	備考	
-------	----	--