

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

板野町不育症治療費助成事業受診等証明書

板野町長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

|                |   |          |      |           |
|----------------|---|----------|------|-----------|
| 受<br>診<br>者    | フリガナ  |          | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
|                | 氏 名   |          |      |           |
|                | 住 所   | 〒<br>板野町 |      |           |
| 検査・治療期間        | 年 月 日～ 年 月 日まで<br><input type="checkbox"/> 終了 ・ <input type="checkbox"/> 検査・治療を継続中<br>注）治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。上記期間内の治療期間を記載してください。検査・治療が終了していてもかまいません。 |          |      |           |
| 領 収 金 額<br>(※) | _____円（上記の検査・治療期間における本人負担額）<br>院外処方 有 ・ 無 （処方指示日 _____）   |          |      |           |

(※) 申請時は、領収書の添付も必要です。

様式第2号（第6条関係）

【医療保険を適用して実施した検査及び治療】実施したものに☑、又は記載してください。

| 区分                 | 項目                       |         | ☑   |                          |
|--------------------|--------------------------|---------|---|--------------------------|
| 検査                 | 一次スクリーニング                | 子宮形態検査  | 子宮卵管造影検査(HSG)   | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | Sonohysterography(子宮腔内液体注入法)                                  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | 二次元、三次元経膈超音波検査  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | 中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いる MRI 検査・超音波検査                                 | <input type="checkbox"/> |
|                    | 内分泌検査                    |         | 甲状腺機能(fT4、TSH)  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | 糖尿病検査(血糖値、HbA1c)  | <input type="checkbox"/> |
|                    | 夫婦染色体検査                  |         |   | <input type="checkbox"/> |
|                    | 抗リン脂質抗体                  |         | 抗リン脂質抗体(APL)パネル   | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | 抗β <sub>2</sub> GPI 抗体  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | β <sub>2</sub> GPI 依存性抗カルジオリピン抗体                              | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | 抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グリコプロテイン I(CL-β <sub>2</sub> GPI)複合体抗体 | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | 抗カルジオリピン(CL)IgG 抗体  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | 抗カルジオリピン(CL)IgM 抗体  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | ループスアンチコアグラント   | <input type="checkbox"/> |
|                    | 選択的検査                    | 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)                               | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | 抗 PEIgM 抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)                               | <input type="checkbox"/> |
|                    | 血栓性因子スクリーニング(凝固因子検査)     |         | 第XII因子活性  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | プロテイン S 活性又はプロテイン S 抗原  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | プロテイン C 活性又はプロテイン C 抗原  | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |         | APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)  | <input type="checkbox"/> |
| その他町長が必要と認めたもの ( ) |                          |         | <input type="checkbox"/>                                      |                          |
| 治療                 | アスピリン療法                  |         | <input type="checkbox"/>                                      |                          |
|                    | ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射を含む。)   |         | <input type="checkbox"/>                                      |                          |
|                    | 医師が不育症の治療として必要と認めたもの ( ) |         | <input type="checkbox"/>                                      |                          |

(記載上の注意事項)

- ※1 当該受診者に対して行った不育症の検査及び治療に係るもののみ記載してください。
- ※2 保険適用対象診療分に限ります。
- ※3 検査項目「その他町長が必要と認めたもの」は、「不育症管理に関する提言」改訂委員会公表の最新の「不育症管理に関する提言」に定められた「推奨検査」「選択的検査」に該当するものとします。(ウェブページ掲載あり)
- ※4 次に掲げる費用に係るものは、助成の対象外とします。
  - (1)徳島県等が実施する不育症検査費用助成事業の対象であって、先進医療として告示されている不育症検査
  - (2)入院時の差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、出産費その他不育症治療に関係のない費用
  - (3)処方箋によらない医薬品等の費用