

智頭町不育症検査治療実施医療機関証明書

受診者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
検査内容及び費用	抗カルジオリピン抗体 I g M 円	
	抗 P E 抗体 I g G 円	
	抗 P E 抗体 I g M 円	
	抗 P T 抗体 円	
	絨毛染色体検査 円	
	その他の検査	NK活性 円
		リンパ球混合培養 円
T h 1 / T h 2 円		
【 上記以外の検査内容及び金額 】 円		
治療内容及び費用	ヘパリンカルシウム 20,000単位 円	
	在宅自己注射管理料 円	
	【 その他の治療内容及び金額 】 円	
その他費用	その他（初診料等 ※保険適用外の場合に限る） 円	
領収金額	（上記検査・治療の自己負担額） 円	
上記のとおり、不育症検査治療に係る費用を領収したことを証明します。		
医療機関所在地名称主治医電話		年 月 日 印（自署又は記名押印）

- 1 保険適用外の検査及び治療が対象。保険適用の検査及び治療については対象外。
- 2 同一年度内に複数の医療機関で不育症検査治療を受診した場合は、医療機関ごとに作成。