

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               |        |
|                                   | 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。 |                          |        |
|                                   |                          | 年 月 日  |
| 医療機関<br>所在地<br>名称<br>主治医<br>電話    | 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。