

(様式2号)

佐賀県不育症治療支援事業に係る受診等証明書

下記の者については不育症に該当すると認め、検査・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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

| | 夫 | 妻 |
|--|--|-----------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | () | () |
| 受診者生年月日 | 年 月 日(歳) | 年 月 日(歳) |
| 今回の治療方法 | ※ 裏面実施項目に○記載(必須) | |
| 今回の治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 ※ 検査開始から出産(流産及び死産を含む)まで、もしくは主治医が検査・治療を終了したと判断した日 ※ 治療費のみの申請の場合は治療開始から出産(流産及び死産を含む)まで、もしくは主治医が治療を終了したと判断した日 | |
| 今回の検査・治療に係る他医療機関への依頼及び院外処方投薬の有無 | 無・有 → 医療機関・薬局名 () 今回申請する検査・治療に係る治療計画を立てた医療機関が受診等証明書を記載してください。(※1) | |
| 今回の検査・治療にかかった金額合計(保険診療内外を問わない) | 領収金額 金 円(税込) ※ 医療機関等(紹介医療機関及び院外処方分含む)発行の領収証を添付 ※ 公費負担医療制度等による給付を受けた場合、その給付額を除いた額 ※ 助成対象外検査・治療費が含まれる等により、下記に記載の金額と領収書の額が異なる場合は備考欄にその旨を記載 | |
| 備考 ※助成対象の検査・治療を行った日付(またはそれに係る領収書の日付)を記載 | | |

※1 (例) A 医療機関で不育症の検査を行い、その結果を受けて A 医療機関が治療計画を立てた後に B 医療機関へ転院して治療を行った場合は、A 医療機関が B 医療機関での領収金額を含めて受診等証明書を記載してください。

※裏面記載必須➡

(裏面)

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

| 検査項目 | | 実施項目に○ |
|------------------------|---|--------------------------------|
| 一次スクリーニング | 子宮形態検査 | 子宮卵管造影検査(HSG) |
| | | 子宮腔内液体注入法(Sonohysterography) |
| | | 経腔超音波検査 |
| | | MRI 検査 |
| | | 子宮鏡 |
| | 内分泌検査 | 甲状腺機能(FT4、TSH) |
| | | 糖尿病検査(血糖値、HbA1c) |
| 夫婦染色体検査 | | |
| 抗リン脂質抗体 | 抗カルジオリピンβグリコプロテイン I (CLβ ₂ GPI)複合体抗体 | |
| | 抗カルジオリピン(CL)IgG 抗体、抗カルジオリピン(CL)IgM 抗体 | |
| | ループスアンチコアグラント | |
| 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) |
| | | 抗PEIgM 抗体(抗フォスファチジルエタノールアミン抗体) |
| | 凝固因子検査 | 第XII因子活性 |
| | | プロテイン S 活性又はプロテイン S 抗原 |
| | | プロテイン C 活性又はプロテイン C 抗原 |
| APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間) | | |
| 検査 | 流死産絨毛・胎児組織染色体分析検査 | |

| 治療項目 | | 実施項目に○ |
|---------------------|---|--------|
| 子宮形態異常 | 手術療法 | |
| 内分泌異常 | 甲状腺機能亢進、低下症の治療 | |
| | 糖尿病の治療 | |
| 染色体異常 | 遺伝カウンセリング | |
| | 着床前診断(日本産科婦人科学会及び実施施設の倫理委員会による承認を受けた症例に限る。) | |
| 抗リン脂質抗体陽性 凝固因子異常 | 低用量アスピリン内服 | |
| | ヘパリン療法(在宅自己注射含む) | |

| | |
|----------------------------|--------|
| その他医師が不育症の検査・治療として必要と認めるもの | 【検査内容】 |
| | 【治療内容】 |

※以下に該当するものは助成対象外となります。

- ・上記項目に該当しない検査・治療に係る費用
- ・入院時の差額ベッド代、食事療養費、文書作成料等、不育症検査・治療に直接関係のない費用
- ・処方箋によらない医薬品等の費用
- ・出産(流産及び死産を含む)に係る費用

令和7年4月1日改訂