

枚方市不育症検査費用助成事業受診等証明書

年 月 日

(あて先) 枚方市長

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

下記のとおり、枚方市不育症検査費用助成事業の対象となる不育症検査を行ったことを証明します。

主治医記入欄

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
検査開始日 (8)の検査は記入不要)	年 月 日	年 月 日
検査終了日 (8)の検査は記入不要)	年 月 日	年 月 日
助成対象者確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産又は死産の既往がある者(検査内容(8)の場合は必須条件です。) <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者	
婚姻関係の確認	初回の検査実施前に、上記患者に対して婚姻関係の有無(事実婚含む)の確認をしましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今回の検査後の不育症治療の有無	有り (治療内容:) ・ 無し	
検査内容	(1) <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 【 <input type="checkbox"/> 3D超音波検査 <input type="checkbox"/> ソノヒステログラフィー(2D超音波検査) <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査(HSG) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 】 (2) <input type="checkbox"/> 内分泌検査 【 甲状腺機能検査(TSH、fT4) 】 (3) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 【 G分染法 】 (4) <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 【 <input type="checkbox"/> 抗β2GPI IgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗β2GPI IgM抗体 <input type="checkbox"/> β2GPI依存性 抗カルジオリピン抗体 <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"/> ループスアンチコアグラント(LA) <input type="checkbox"/> 抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体 IgG <input type="checkbox"/> 抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体 IgM <input type="checkbox"/> フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン(PS/PT)抗体 】 (5) <input type="checkbox"/> 血栓性素因関連検査 【 <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子凝固活性 <input type="checkbox"/> プロテインS <input type="checkbox"/> プロテインC <input type="checkbox"/> アンチトロンビン 】 (6) <input type="checkbox"/> 自己抗体検査 【 <input type="checkbox"/> 抗TPO抗体 <input type="checkbox"/> 抗核抗体 】 (7) <input type="checkbox"/> 流死産胎児絨毛染色体検査 【 流死産胎児絨毛染色体検査 G分染法 】 (8) <input type="checkbox"/> 流死産検体を用いた遺伝子検査1(次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査) <input type="checkbox"/> β2GPIネオセルフ抗体検査 <input type="checkbox"/> 流死産検体を用いた遺伝子検査2(流死産絨毛・胎児組織 NGS 染色体検査) ※いずれも先進医療として告示された検査であり、当該検査を実施する医療機関として厚生労働省に承認等がなされている保険医療機関にて実施したもの	
以下の項目は、(8)の検査の場合のみ記載してください。		
保険診療実施の確認	<input type="checkbox"/> 当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。	
検査実施日	年 月 日	
検査結果	所見無し ・ 所見有り(内容:) ・ 分析不可	
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む	
今回の妊娠における不妊治療の有無	有り (治療期間 年 ヶ月) ・ 無し ・ 不明	
今回の妊娠における不育症治療の有無	有り (治療内容:) ・ 無し	

【裏面へ続く】

不育症検査

【注意事項】

- ・ 令和5年4月1日以降(表面(8)の検査は、先進医療として告示された不育症検査を実施する医療機関として厚生労働省に届出等された保険医療機関において、各医療機関が承認等された日以降)に開始した検査について記入してください。
- ・ 助成の対象となる検査は、表面に記載されている検査のみです。
不妊症のために行われた検査は対象外ですので、記載しないでください。
- ・ 文書料・初診料・再診料など、不育症検査に直接関係のない費用は対象外ですので、記載しないでください。
- ・ 証明欄が不足する場合は、この面をコピーして作成してください。
- ・ 夫と妻が同じ医療機関で検査を受けた場合は、1枚の用紙にまとめて記入してください。

【この事業における流産の考え方】

- ・ 反復流産及び習慣流産を指します。生化学的妊娠(化学流産)、着床不全は含みません。

医療機関証明欄						
	夫(氏名)			妻(氏名)		
診療月	表面(1)から(7)までの検査について、記入してください。					
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
診療月	表面(8)での検査について、検査ごとに記入してください。					
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
(1)から(8)までの 合計	円			円		

上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

所在地

電話番号

領収印