

千葉県不育症検査費助成事業受診等証明書

下記の者については、2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往があることから、不育症の検査を行いました。つきましては、保険適用外の検査費を下記のとおり領収したことを証明します。

記

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

|                 |                  |             |   |             |
|-----------------|------------------|-------------|---|-------------|
| (フリガナ)<br>受診者氏名 | 夫                | ( )         | 妻 | ( )         |
|                 |                  | 昭和・平成 年 月 日 |   | 昭和・平成 年 月 日 |
| 受診者生年月日         |                  |             |   |             |
| 領収金額合計          | 円（※の合計金額と一致すること） |             |   |             |

【医療保険を適用せずに実施した検査】

| 検査日         | 実施した検査項目   | 金額* |
|-------------|--|-----|
| 令和 年<br>月 日 | <b>1 抗リン脂質抗体</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br>( ) 抗CLβ <sub>2</sub> GPI複合抗体 ( ) 抗CLiG抗体 ( ) 抗CLiGM抗体<br>( ) ループスアンチコアグulant ( ) 抗PEiG抗体 ( ) 抗PEiGM抗体<br><b>2 凝固因子検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br>( ) 第XII因子活性 ( ) プロテインS活性もしくはプロテインS抗原<br>( ) APTT ( ) プロテインC活性もしくはプロテインC抗原<br><b>3 内分泌検査（甲状腺機能）</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br>( ) TSH ( ) fT4値 ( ) TP0抗体<br><b>4 子宮形態検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br>( ) HSG ( ) ソルヒステログラフィー ( ) MRI検査 ( ) 子宮鏡<br><b>5 夫婦染色体検査</b><br><b>6 絨毛染色体検査</b> | 円   |
| 令和 年<br>月 日 | <b>1 抗リン脂質抗体</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br>( ) 抗CLβ <sub>2</sub> GPI複合抗体 ( ) 抗CLiG抗体 ( ) 抗CLiGM抗体<br>( ) ループスアンチコアグulant ( ) 抗PEiG抗体 ( ) 抗PEiGM抗体<br><b>2 凝固因子検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br>( ) 第XII因子活性 ( ) プロテインS活性もしくはプロテインS抗原<br>( ) APTT ( ) プロテインC活性もしくはプロテインC抗原<br><b>3 内分泌検査（甲状腺機能）</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br>( ) TSH ( ) fT4値 ( ) TP0抗体<br><b>4 子宮形態検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br>( ) HSG ( ) ソルヒステログラフィー ( ) MRI検査 ( ) 子宮鏡<br><b>5 夫婦染色体検査</b><br><b>6 絨毛染色体検査</b> | 円   |

- 注 1 受診者に関して行った不育症検査（保険適用外）に係るもののみご記入ください。  
 2 文書料、個室料等の直接的な検査費ではない費用は含まないでください。  
 3 検査日については、前年度の1月1日から当該年度の12月31日までを対象とします。  
 4 記入欄が不足する場合は、継続用紙を使用してください。

様式第2号（継続用紙）

千葉県不育症検査費助成事業受診等証明書（様式第2号）の記入欄が不足する場合にご使用ください。

【医療保険を適用せずに実施した検査】

| 検査日         | 実施した検査項目  | 金額* |
|-------------|---|-----|
| 令和 年<br>月 日 | <b>1 抗リン脂質抗体</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> 抗CLβ <sub>2</sub> GPI複合抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLIgM抗体<br><input type="checkbox"/> ループスアンチコアグulant <input type="checkbox"/> 抗PEIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgM抗体<br><b>2 凝固因子検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性もしくはプロテインS抗原<br><input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> プロテインC活性もしくはプロテインC抗原<br><b>3 内分泌検査（甲状腺機能）</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> fT4値 <input type="checkbox"/> TPO抗体<br><b>4 子宮形態検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> HSG <input type="checkbox"/> ソルヒステログラフイー <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡<br><b>5 夫婦染色体検査</b><br><b>6 絨毛染色体検査</b> | 円   |
| 令和 年<br>月 日 | <b>1 抗リン脂質抗体</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> 抗CLβ <sub>2</sub> GPI複合抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLIgM抗体<br><input type="checkbox"/> ループスアンチコアグulant <input type="checkbox"/> 抗PEIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgM抗体<br><b>2 凝固因子検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性もしくはプロテインS抗原<br><input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> プロテインC活性もしくはプロテインC抗原<br><b>3 内分泌検査（甲状腺機能）</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> fT4値 <input type="checkbox"/> TPO抗体<br><b>4 子宮形態検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> HSG <input type="checkbox"/> ソルヒステログラフイー <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡<br><b>5 夫婦染色体検査</b><br><b>6 絨毛染色体検査</b> | 円   |
| 令和 年<br>月 日 | <b>1 抗リン脂質抗体</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> 抗CLβ <sub>2</sub> GPI複合抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLIgM抗体<br><input type="checkbox"/> ループスアンチコアグulant <input type="checkbox"/> 抗PEIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgM抗体<br><b>2 凝固因子検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性もしくはプロテインS抗原<br><input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> プロテインC活性もしくはプロテインC抗原<br><b>3 内分泌検査（甲状腺機能）</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> fT4値 <input type="checkbox"/> TPO抗体<br><b>4 子宮形態検査</b> ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> HSG <input type="checkbox"/> ソルヒステログラフイー <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡<br><b>5 夫婦染色体検査</b><br><b>6 絨毛染色体検査</b> | 円   |

- 注 1 受診者に関して行った不育症検査（保険適用外）に係るもののみご記入ください。  
 2 文書料、個室料等の直接的な検査費ではない費用は含まないでください。  
 3 検査日については、前年度の1月1日から当該年度の12月31日までを対象とします。