

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) 受診者氏名	夫	()	妻	()
	受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 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 月 日	1 抗リン脂質抗体 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 抗CL β ₂ GPI複合抗体 () 抗CLiG抗体 () 抗CLiGM抗体 () ループスアンチコアグulant () 抗PEiG抗体 () 抗PEiGM抗体 2 凝固因子検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 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 () APTT () プロテインC活性もしくはプロテインC抗原 3 内分泌検査（甲状腺機能） ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () TSH () fT4値 () TP0抗体 4 子宮形態検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () HSG () ソルヒステログラフィー () MRI検査 () 子宮鏡 5 夫婦染色体検査 6 絨毛染色体検査	円
令和 年 月 日	1 抗リン脂質抗体 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 抗CL β ₂ GPI複合抗体 () 抗CLiG抗体 () 抗CLiGM抗体 () ループスアンチコアグulant () 抗PEiG抗体 () 抗PEiGM抗体 2 凝固因子検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 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 () APTT () プロテインC活性もしくはプロテインC抗原 3 内分泌検査（甲状腺機能） ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () TSH () fT4値 () TP0抗体 4 子宮形態検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () HSG () ソルヒステログラフィー () MRI検査 () 子宮鏡 5 夫婦染色体検査 6 絨毛染色体検査	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 月 日	1 抗リン脂質抗体 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 抗CLβ ₂ GPI複合抗体 () 抗CLiG抗体 () 抗CLiGM抗体 () ループスアンチコアグulant () 抗PEiG抗体 () 抗PEiGM抗体 2 凝固因子検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 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 () APTT () プロテインC活性もしくはプロテインC抗原 3 内分泌検査（甲状腺機能） ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () TSH () fT4値 () TP0抗体 4 子宮形態検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () HSG () ソルヒステログラフイー () MRI検査 () 子宮鏡 5 夫婦染色体検査 6 絨毛染色体検査	円
令和 年 月 日	1 抗リン脂質抗体 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 抗CLβ ₂ GPI複合抗体 () 抗CLiG抗体 () 抗CLiGM抗体 () ループスアンチコアグulant () 抗PEiG抗体 () 抗PEiGM抗体 2 凝固因子検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 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 () APTT () プロテインC活性もしくはプロテインC抗原 3 内分泌検査（甲状腺機能） ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () TSH () fT4値 () TP0抗体 4 子宮形態検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () HSG () ソルヒステログラフイー () MRI検査 () 子宮鏡 5 夫婦染色体検査 6 絨毛染色体検査	円
令和 年 月 日	1 抗リン脂質抗体 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 抗CLβ ₂ GPI複合抗体 () 抗CLiG抗体 () 抗CLiGM抗体 () ループスアンチコアグulant () 抗PEiG抗体 () 抗PEiGM抗体 2 凝固因子検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () 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 () APTT () プロテインC活性もしくはプロテインC抗原 3 内分泌検査（甲状腺機能） ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () TSH () fT4値 () TP0抗体 4 子宮形態検査 ※実施の場合は、下記の実施項目に○をしてください。 () HSG () ソルヒステログラフイー () MRI検査 () 子宮鏡 5 夫婦染色体検査 6 絨毛染色体検査	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。