

不育症治療等実施医療機関等証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
検査および治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
診断名		
流産／死産／ 新生児死亡歴	1回目（流産／死産／新生児死亡）：年 月 日 2回目（流産／死産／新生児死亡）：年 月 日 ※ 3回目以降の記載は不要です。	
主な検査 および 治療内容	検査内容 <input type="checkbox"/> 夫婦の染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 検査 <input type="checkbox"/> 抗フォスファチジルエタノールアミン IgG 検査 <input type="checkbox"/> プロテインS 活性検査 <input type="checkbox"/> 抗フォスファチジルエタノールアミン IgM 検査 <input type="checkbox"/> 流産内容物染色体検査 <input type="checkbox"/> MLC 習慣流産検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	治療内容 <input type="checkbox"/> 夫のリンパ球輸注免疫感作療法 <input type="checkbox"/> 免疫グロブリン療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
領収金額	円（保険適用外の自己負担額）	
上記のとおり、不育症検査および治療を行い、それに係る費用を徴収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師名 印		

（注）助成対象者は、過去の流産、死産および新生児死亡歴が2回以上の方です。

証明内容について、本人同意のもと草津市子育て相談センターが問い合わせる場合があります。主な検査および治療内容は、保険適用外の実施分について、□を選択してください。