

岩美町不育検査治療実施医療機関証明書

受診者	氏名			
	生年月日	年 月 日		
実施した 不育検査治療 等	期間	年 月 日～ 年 月 日		
	検査内容及び費用	その他の検査	抗カルジオリピン抗体 I g M	円
			抗 P E 抗体 I g G	円
			抗 P E 抗体 I g M	円
			抗 P T 抗体	円
			絨毛染色体検査	円
			NK活性	円
			リンパ球混合培養	円
		Th 1 / Th 2	円	
		【上記以外の検査内容及び金額】		
		円		
治療内容及び費用		ヘパリンカルシウム 20, 000 単位	円	
		在宅自己注射管理料	円	
		【その他の治療内容及び金額】		
		円		
領収金額	(上記検査・治療の自己負担額)		円	
	上記のとおり、不育検査治療等に係る費用を領収したことを証明します。 年 月 日			
	医療機関 所在地 名称 主治医 電話			

- 1 保険適用外の検査・治療が対象となります。保険適用が認められた検査・治療については対象外です。
- 2 同一年度内に複数の医療機関で不育治療等を受診した場合は、医療機関ごとにこの書類を作成してください。