

不育症検査助成事業受診等証明書

年 月 日

東京都知事 殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

下記のとおり、東京都不育症検査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(歳)	年 月 日(歳)
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 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者	
検査開始日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
検査期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日が開始日となります。 不育症の検査にかかった期間のみを記入してください。 年 月 日 ~ 年 月 日	
検査内容	(1) <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 【 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 】 (2) <input type="checkbox"/> 内分泌検査 【 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 】 (3) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 (4) <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 【 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2グルコプロテイン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗CLIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLIgM抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgM抗体 】 (5) <input type="checkbox"/> 血栓性素因スクリーニング 【 <input type="checkbox"/> 第XII因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性もしくは抗原 (凝固因子検査) <input type="checkbox"/> プロテインC活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT 】 (6) <input type="checkbox"/> 流産絨毛染色体検査 (7) <input type="checkbox"/> 先進医療として告示された検査 []	

(7)については、国の先進医療会議にて、順次認められていく仕組みです。実施できる医療機関も限られます。

(7)の検査、実施医療機関については、厚生労働省のホームページで確認してください。

受給者番号(東京都が記載)

不育症検査

【注意事項】

- ・平成31年4月1日以降に開始した検査について、記入してください。
- ・助成の対象になる検査は、表面に記載されている検査のみです。
- ・不妊検査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。
- ・助成対象期間(検査開始日から1年間)の内に実施された診療分について記載してください。
- ・検査を継続中に作成する場合は、最後に来院した日にちを記載してください。
- ・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。

【この事業における流産の考え方】

- ・反復流産及び習慣流産のことを指しています。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(5)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	
診療月	表面(6)及び(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	
(1)から(7)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

医療機関コード

所在地

管理者氏名

電話番号

印

		1							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

担当者氏名