

鳥取市不育症検査及び治療実施医療機関証明書

受診者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
検査内容及び費用	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	
	その他の検査	NK活性	円
		リンパ球混合培養	円
T h 1 / T h 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	
その他費用	その他（初診料等 ※保険適用外の場合に限る）	円	
領収金額	（上記検査・治療の自己負担額） 円		
上記のとおり、不育治療等に係る費用を領収したことを証明します。			
医療機関 所在地 名称 主治医 電話	年 月 日  印（自署又は記名押印）		

- 1 保険適用外の検査及び治療が対象。保険適用の検査・治療については対象外。
- 2 同一年度内に複数の医療機関で不育症検査等を受診した場合は、医療機関ごとに作成。
- 3 鳥取市不育症検査費等助成金交付要綱別表における助成金の区分（1）の助成対象となる場合は、様式第2号に記載。