

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	
	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		年	月 日	
所在地				
名称				
主治医		印（自署又は記名押印）		
電話				

- 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。