

不育症検査助成事業受診等証明書

〇〇年〇月××日

東京都知事 殿

医療機関の名称及び所在地

医療法人東京会東京病院
新宿区××町281番地
03-53〇〇-××××

証明書の内容について、
問い合わせをさせていただく
ことができます。

電話番号

主治医氏名

福保 次郎

福保

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

妻のみが検査を実施した場合は、夫についての記入は

検査開始日に妻が43歳に達している場合は、本事業の対象外です。

どちらかにチェック☑を入れてください。当てはまらない場合は、本事業の対象外となります。

	夫	
	トチョウ タロウ	
	都庁 太郎	
受診年月日	〇〇年 〇月 〇日 (44歳)	〇〇年 〇月 〇日 (42歳)
助成対象者確認	<input checked="" 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	〇〇年 6月 15日 (43歳)	〇〇年 4月 1日 (42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。 〇〇年 4月 1日 ~ 〇〇年 8月 22日	
診療期間内に行った検査にチェック☑を入れてください。 右に記載されている検査以外のものを実施していても、本事業では対象外となります。	(1) <input checked="" type="checkbox"/> 子宮形態検査 【 <input checked="" type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 】	
	(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 checked="" 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 <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	

必ず検査終了日を記入してください。1日で検査を実施した場合も、同じ日付を記入してください。検査継続中の場合は、直近の診療日を記入してください。

特定不妊治療及び一般不妊治療に係る検査及び治療、着床不全検査は本事業

(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)