

## 前橋市不育症治療費助成事業受診等証明書

(宛先)前橋市長

下記のとおり、次の者については、不育症の検査・治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

夫 受診者氏名		妻	
生年月日	年 月 日	年 月 日	
助成対象の確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産又は死産の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と診断した者		
不育症診断の確認	診断医療機関: <input type="checkbox"/> 本証明書の記入主治医と同じ 診断年月日: 年 月 日		
検査・治療期間※3	令和 6 年 月 日 ~ 令和 6 年 月 日		

上記期間に係る検査・治療内容で該当するものにチェックしてください。

## 1 対象となる検査

## 【子宮形態検査】

- 3D超音波検査  ソノヒステログラフィー(2D超音波検査)  子宮卵管造影検査(HSG)  
 MRI  子宮鏡検査

## 【抗リン脂質抗体】

- 抗 $\beta_2$ GPI抗体   $\beta_2$ GPI依存性抗カルジオリピン抗体  抗カルジオリピンIgG抗体  
 ループスアンチコアグラント(LA)  抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体IgG  
 抗フォスファチジルエタノールアミン(PE)抗体IgM  
 フォスファチジルセリン依存性抗プロトンビン(PS/PT)抗体※7  
 ネオ・セルフ抗体(抗 $\beta_2$ GPI/HLA-DR抗体)

【夫婦染色体検査】  染色体G分染法【内分泌検査】  TSH  fT4【流死産胎児絨毛染色体検査】  流死産胎児絨毛染色体検査G分染法

## 【血栓性素因関連検査】

- プロテインS  第XII因子凝固活性  プロテインC  アンチトロンビン

【自己抗体検査】  抗TPO抗体  抗核抗体

## 【免疫学的検査】

- 末梢血: NK活性、NK細胞率、制御性T細胞率  
 子宮内膜: CD56brightNK細胞率、KIR陽性率、制御性T細胞

【その他】  市長が必要と認めたもの※8

内容( )

## 2 対象とする治療

- 医師の処方による低用量アスピリンの内服  ヘパリンカルシウム自己注射(教育入院を含む)

院外処方の有無  あり  なし

区分	医療機関分			薬局分
	保険診療分		保険診療以外の不育症治療等に係る自己負担額	自己負担額
	診療点数	自己負担額		
R6年1月分	点	円	円	円
R6年2月分	点	円	円	円
R6年3月分	点	円	円	円
R6年4月分	点	円	円	円
R6年5月分	点	円	円	円
R6年6月分	点	円	円	円
R6年7月分	点	円	円	円
R6年8月分	点	円	円	円
R6年9月分	点	円	円	円
R6年10月分	点	円	円	円
R6年11月分	点	円	円	円
R6年12月分	点	円	円	円
計		円	円	円
自己負担額 _____ 円				

自己負担額の内訳

※1領収書に対象以外の治療費が含まれるときは、**提出いただく明細書の対象項目にマーカー等で印をつけてください。**

※2**初再診料、教育入院時における差額ベッド代、食事代、処方箋によらない医薬品等の費用、文書料等は対象外になります。**

※3令和6年度助成制度の対象期間は、**令和6年1月1日から令和6年12月31日まで**です。

※4証明内容について、本人同意のもと前橋市こども支援課職員が問い合わせをする場合があります。

※5保険医療機関において実施したものが対象になります。

※6不妊治療と同時に実施した場合、妊娠以前の検査・治療については不妊治療費助成事業で申請することも可能です。

※7SNAPSの症例に限定

※8「不育症管理に関する提言」改訂委員会公表の最新の「不育症管理に関する提言」に定められた「推奨検査」「選択的検査」「研究的検査」に該当のもの