

豊中市不育症治療等助成事業受診等証明書(治療)医療機関分

次のとおり、不育症の治療を実施し、これにかかる医療費を領収したことを証明します。


年 月 日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

| | | | | | |
|-------------------------|---|---------------|-------|---------------|-------|
| フリガナ | | | | | |
| 受診者氏名 | 妻 | | 夫 | | |
| 受診者生年月日 (検査開始日時点の年齢) | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) | |
| 助成対象者の確認 | <input type="checkbox"/> 2回以上の流産及び死産の既往がある者 | | | | |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む) | | | | |
| 院外処方の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 院外処方ありの場合 処方箋記入日 |  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| 治療費領収金額 | 治療費を領収した期間(保険外診療に限る。) | | | | |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| | 治療期間中の領収金額合計 円 | | | | |

【記入にあたっての注意事項】

○治療開始日は、夫または妻の治療開始日のうちどちらか早い日、治療終了日は出産、流産もしくは死産した日、または医師の判断により治療を終了した日を記入してください。
○助成の対象となる不育症治療は、上記に記載されている項目のみです。
○入院時の差額ベッド代や食事代、文書料等の治療に直接関係のない費用は助成対象外です。
○裏面の「不育症治療費にかかる領収金額の内訳」に明細を記入してください。(各医療機関で所定の様式がある場合は、そちらを添付していただいても結構です。)

【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。

医療機関記入欄

不育症治療費に係る領収金額の内訳

- 受付時の確認が円滑となり、医療機関への問合せ等の軽減にもつながりますので、ご記入をお願いします。
- 表面に記載の不育症治療にかかる内訳(不育症検査は記入不要です。)
- 助成対象:低用量アスピリン療法、ヘパリン療法(保険適用外)及びこれらの治療にかかる診察・検査費用

| 領収年月日 | 助成対象金額(保険適用外) | 備考 |
|---------------------|---------------|----------------------|
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| / / | 円 | |
| 不育症治療費 (医療機関分)合計 | 円 | ※表面の治療費領収金額合計と一致すること |