

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 (年 歳)		年 月 日 (年 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			

【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きても結構です。)

【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	
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