

豊中市不育症治療費等助成事業受診等証明書(治療)

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

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		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
助成対象者の確認	☐ 2回以上の流産及び死産の既往がある者			
実施内容	☐ 低用量アスピリン療法 ☐ 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 ☐ あり ☐ なし			
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額合計	○今回の治療に要した費用の領収年月日（保険外診療に限る。） 年 月 日 ～ 年 月 日 領収金額 円 ※裏面に内訳を記入してください			

【 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
- ・裏面の明細書の記入をお願いします。
(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。

【医療機関証明欄】

不育症治療費にかかる領収金額の内訳

(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、記入方ご協力をお願いします。)

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係る診察・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	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
	不育症治療費 合計 円	表面の治療費領収金額と 一致すること