

枚方市不育症治療内容証明書

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。

令和 年 月 日

医療機関の
所在地及び名称

主治医氏名

受診者	フリガナ		生年 月日	昭和・平成		
	氏名			年	月	日生
	住所	枚方市				
今回の治療期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
判定日 (流産の場合のみ)	令和 年 月 日					
治療の理由	該当するものにチェックし、詳細をカッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 子宮形態異常 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 凝固異常 () <input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
主な治療内容						
院外処方の有無	無 ・ 有 (処方指示日:)					
領収金額	今回の治療及び検査にかかった費用の領収年月日と領収金額の合計 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 領収金額 _____ 円 (保険診療以外の合計額) ※不育症の診断前の検査は対象になりません。また、入院時の室料差額、 食事代、文書料等、治療に直接関係のない費用は含みません。					

※ 領収書に不育症以外の治療費が含まれているときは、裏面の明細書に不育症治療費補助の対象となる金額を記載してください。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。なお、証明内容について本人同意のもと枚方市が問合せをする場合があります。

