

枚方市不育症治療費用助成事業受診等証明書

年 月 日

(あて先) 枚方市長

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

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。

主治医記入欄

	夫	妻
フリガナ		
受診者等氏名		
受診者等生年月日	年 月 日	年 月 日
婚姻関係の確認	初回の治療開始前に、上記患者に対して婚姻関係の有無(事実婚含む)の確認をしましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
(流産の場合) 流産の判定日	年 月 日	
治療が必要な理由	◎該当する項目にチェックし、詳細をカッコ内に記入してください。 <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"/> 血液凝固異常 () <input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療内容	(例:ヘパリン療法を実施)	
院外処方による 投薬の有無	有 ・ 無	院外処方 指示日
不育症治療の一部を他の医療機関に 依頼した場合の医療機関名・治療内 容	(医療機関名)	(治療内容)
領収金額	今回の治療及び治療に係る検査にかかった費用の領収年月日と領収金額の合計 年 月 日 ~ 年 月 日 領収金額 円(保険診療以外の合計額)	

【裏面へ続く】

【注意事項】

- ・ 助成の対象となる費用は、保険適用外の不育症の治療費及びその治療にかかる検査費(治療の効果や副作用等を確認するための検査)のみです。
- ・ 不妊症の治療費や治療にかかる検査(不妊症の治療の効果や副作用等を確認するための検査)は対象外ですので、記載しないでください。
- ・ 文書料など、不育症治療に直接関係のない費用は対象外ですので、記載しないでください。
- ・ 証明欄が不足する場合は、この面をコピーして作成してください。
- ・ 不育症のリスク因子の検査費用については「枚方市不育症検査費用助成事業」をご確認ください。
- ・ 不妊症の診断等のための検査費用については「枚方市不妊治療ペア検査事業」をご確認ください。

医療機関証明欄

診療日	領収金額	助成対象となる金額	治療内容
【記載例】 令和6年8月1日	20,000円	15,000円	へパリン注射、採血検査
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			
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			

合計

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
 所在地
 電話番号

領収印