

寝屋川市不育症治療費等助成事業受診等証明書

下記のとおり、不育症治療を実施し、これらにかかる医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

〒

医療機関の所在地

医療機関名

主治医氏名

医療機関記入欄

<input type="checkbox"/> 当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療について、保険診療で実施している。 ↑ 該当することを確認の上、□にチェックを入れてください。			
受診者	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日
治療開始日	年 月 日	【備考】 妊娠以後、最初に治療を行った日を「治療開始日」として下さい。	
治療終了日	<input type="checkbox"/> 出産 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 流死産 (年 月 日)	【備考】 出産日、流産日または死産日が「治療終了日」となります。	
治療理由			
治療内容			
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 領収金額 円 ※ 保険適用対象外の治療分に限ります。なお、不育症の判定に係る検査(抗リン脂質抗体・血栓性素因スクリーニング・夫婦染色体検査等)は対象外です。 ※ 入院時の差額ベット代、食事代、文書料などの直接治療に関係ない費用は含みません。 ※ 金額を書き間違えた場合は、新しい用紙に初めから書き直してください。(訂正不可)		
院外処方の有無	有 ・ 無		

【留意事項】

今回の治療を複数の医療機関で行った場合は、主治医が受診者から一連の治療として他の医療機関で支払った費用の領収証等の提出を受け、その内容を踏まえて1枚の証明書を作成いただいても構いません。