

大府市不育症治療費補助金受診等証明書

次の者については、次のとおり不育症検査及び治療（調剤を含む。）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴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

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

| | | | | | | |
|--|--|-----------|--------------|--------------|-----------|--|
| 受診者氏名 | 夫 | | | 妻 | | |
| 受診者生年月日 | | 年 月 日(歳) | | | 年 月 日(歳) | |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | 年 月 日 | | 今回の治療期間 | 年 月 日～年 月 日 | | |
| 妊娠の有無（記入時時点） | あり なし ↳ [妊娠継続中 出産後（流産、死産を含む）（出産日： 年 月 日） | | | | | |
| 診断名 | 不育症の診断がある方のみ 本事業の申請が可能です。 | | | | | |
| 当該患者について、該当するものにチェックし、詳細についてはかっこ内に記載してください。 子宮異常 内分泌異常 夫婦染色体異常 抗リン脂質抗体症候群 免疫異常 その他 | | | | | | |
| 不育症治療等の内容 | | | | | | |
| 領収金額 | 今回の検査及び治療にかかった金額 | | 保険診療外に限る | | | |
| | 【不育症検査及び治療費】 | | | | | |
| | 都道府県等助成金対象検査以外 | | 領収金額 _____ 円 | | | |
| | 都道府県等助成金対象検査 | | 領収金額 _____ 円 | | | |
| 合 | | 計 | | 領収金額 _____ 円 | | |

注（医療機関等へのお願い）

- 1 院外処方がある場合、薬局の領収書の負担額（保険適用外）を含めた金額を領収金額に記載してください。
- 2 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
- 3 治療期間とは、不育症検査及び治療を開始した日からその妊娠に関する出産（流産及び死産を含む）に至った日までの期間をいいます。治療途中で申請される場合（治療が年度をまたぐ場合年度ごとに1回のみ申請可能）は、当該年度の2月末までの治療日を記載してください。