

(表)

摂津市不育症治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

不育症の治療を実施し、これに係る治療費を領収したことを証明します。

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

受診者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	摂津市		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
不育症治療の理由				
治療内容				
今回の治療にかかった 保険適用外の金額		今回の治療にかかった金額の合計 _____ 円 <hr/> 院外処方 有 ・ 無 (処方指示日: _____ 年 月 日) ※保険適用対象外診療分に限ります。また、検査費用は、含みません。 ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料、交通費などの直接治療に関係ない費用は、含みません。 ※処方箋によらない医薬品等の費用は、含みません。		

- ※添付書類：今回の治療に係る医療機関発行の領収書・明細書
- ※領収金額：1枚の領収書内に対象となる治療と対象外の治療が混在している場合は、裏面の明細書の記入をお願いします。なお、各医療機関で用意した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。ただし、各医療保険が適用される治療と組み合わせて行う保険適用外の治療費は、対象外となります。
- ※証明内容について、本人の同意を得た上で、摂津市職員が問合せをする場合があります。

(裏)

明細書

診療日	助成対象金額
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円

診療日	助成対象金額
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円

記載に当たっての注意事項

- 今回の治療期間の治療終了日については、原則として出産日又は流産した日を記入してください。  
なお、転院等で出産日が不明な場合は、実際に治療を行った最終日を記入してください。
- 治療、診察及び検査費用が対象となります。  
なお、検査費用については、治療に伴う検査が対象となりますので、不育症の診断に係る検査や通常の妊婦健康診査に係る検査は、対象外となります。  
各医療保険が適用される治療と組み合わせて行う保険適用外の治療費は、対象外となります。
- 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の治療と直接関係のない費用や処方箋によらない医薬品等の費用は、対象外となります。