

泉南市不妊不育治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、不妊不育治療・検査を実施し、これに係る費用を下記のとおり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（主治医が記入してください）

受診者	フリガナ	生年 月日	年 月 日生（ 歳）		
	氏名				
治療期間		年 月 日～		年 月 日	
主な治療内容		<input type="checkbox"/> 検査（検査名： _____） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微鏡受精 <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植 <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）			
本人負担（領収）金額 ※入院時の室料差額、食事料、通院に要する交通費、文書料を除く。 ※他制度の助成（高額療養費制度等）を受けている費用は除く。 ※大阪府不育症検査費用助成事業に該当する検査費用は除く。		()	保険診療分		保険診療以外
		年度	診療点数	本人負担額	本人負担額
		4月分	点	円	円
		5月分	点	円	円
		6月分	点	円	円
		7月分	点	円	円
		8月分	点	円	円
		9月分	点	円	円
		10月分	点	円	円
		11月分	点	円	円
		12月分	点	円	円
		1月分	点	円	円
2月分	点	円	円		
3月分	点	円	円		
保険診療に要した点数	点	保険診療分の本人負担金額	円	保険診療外の本人負担金額	
院外処方の有無		有・無	※「院外処方の有無」が「有」の場合は、助成の対象となりますが、別に薬局にて本証明書の発行を受けていただくこととなります。医療機関において受ける検査及び治療に係る費用だけで、助成額の上限を超過する場合は、薬局の証明は必要ありません。		