様式第２号

高槻市不育症治療費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、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和　　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）

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>ふりがな
氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭和・平成
年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="3">〒569 －</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療期間</td><td colspan="3">令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">判定日（流産の場合のみ）</td><td colspan="3">令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">不育治療の理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">主な治療内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">領 収 金 額</td><td colspan="3">今回の治療にかかった金額合計（※保険外診療分）
領収金額　　円
院外処方　有　・　無　（　処方指示日　　）</td></tr>
</table>

※ 添付書類　今回の治療にかかる医療機関発行の領収書

※ 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。

高槻市 Takatsuki City

様式第２号

明細書

診療日	助成対象となる金額
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円

診療日	助成対象となる金額
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　年　　月　　日	円
令和　　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、原則として出産日か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。

・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は対象外となります。

・物品の費用については原則対象外としますが、自己注射に係る注射針については治療に必要なものとみなし対象とします。