

八尾市不育症治療費等助成事業受診等証明書（治療費）

下記の者については、不育症の治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

医療機関記入欄 （主治医が記入してください。）

<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ます。 （該当することを確認のうえ、 <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。）			
受診者	ふりがな ----- 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
助成対象者の確認 （該当することを確認のうえ、 <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。）		<input type="checkbox"/> 既往流死産回数が2回以上の者	
実施内容 （該当するものの <input type="checkbox"/> に✓をお願いします。）		<p style="text-align: center;">不 育 症 治 療</p> <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法 （ヘパリン在宅自己注射療法を含む） <input type="checkbox"/> その他の療法（免疫異常又は内分泌異常等の理由による不育症治療に要した治療法） （不育症治療の理由： _____） （治療内容： _____） 院外処方の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
領収金額合計 （医療保険適用外部分のみ）		_____ 円 ※裏面に明細を記入してください	

【 記入にあたっての注意事項 】

- ・治療終了日は出産、流産もしくは死産した日を記入してください。
- ・助成の対象となる不育症治療は医療保険適用外の治療費のみで、助成対象と定める検査以外の検査費、診察（管理）費、医薬部外品等による治療費、入院時の室料差額及び食費、通院に要する交通費、文書手数料等は助成対象外です。
- ・裏面の明細書の記入をお願いします（各医療機関で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）。
- ・証明内容について、本人同意のもと八尾市が問い合わせする場合があります。

【 この事業における流産の考え方 】

- ・反復流産及び習慣流産のことを指します。生化学的妊娠（化学流産）、着床不全は含みません。

不育症治療費に係る領収金額明細書

表面に記載の不育症治療費領収金額の明細

※助成対象・・・低用量アスピリン療法、ヘパリン療法、その他療法の医療保険適用外の費用
(検査費用、診察・管理料、医薬部外品等の費用は対象になりません)

領収年月日	助成対象金額 (保険適用外)	備考
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
/ /	円	
	不育症治療費 合計 円	表面の治療費領収金額と一致すること