様式第２号

四條畷市不育症治療費助成事業受診等証明書

次の者については、先進医療として告示された不育症治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称

所　　在　　地

連　　絡　　先

主 治 医 氏 名

※署名または記名押印

医療機関記入欄(主治医がご記入ください)

* 当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する検査・治療について、保険診療で実施しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  | 　　　　　年　　月　　日生(　　　歳) |
|  |
| 申請に係る診療機関 | 　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　月　　日 |

【医療保険を適用せずに実施した治療】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 治療日 | 医療機関徴収分(①) | 薬局徴収分(②) |
| １ |  | 年　　月　　日 |  |  |
| ２ |  | 年　　月　　日 |  |  |
| ３ |  | 年　　月　　日 |  |  |
| ４ |  | 年　　月　　日 |  |  |
| ５ |  | 年　　月　　日 |  |  |
| 今回の治療にかかった合計金額　　　　徴収金額　　　　　　　　　　　　円　(上記実費負担額①、②の合計額となります。) |

※受診者に関して行った不育症の治療(医療保険適用外)に係るもののみご記入ください。

※治療を開始した日の属する月から起算して１年間の治療が助成の対象となります。

※院外処方がある場合、「薬局徴収分(②)」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

※文書料、個室料等の直接的な治療ではない費用は含まないでください。