**阪南市不妊不育治療費助成事業受診等証明書**

様式第２号（第５条関係）

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** | | | □検査（検査名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □人工授精　□タイミング療法（不妊相談）　□排卵誘発法　　□薬物療法（内服・注射）  □体外受精　□顕微鏡受精　□新鮮胚移植　□凍結胚移植  □手術療法（方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □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。 | | | （　　　）  年度 | | | 保険診療分 | | | | | | 保険診療以外 | |
| 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。 | | | | | | | | | |