様式第２号

吹田市不育症治療に係る自己負担額助成金交付受診等証明書

下記の者に対し、不育症の治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地
及 び そ の 名 称
主 治 医 氏 名　　㊞
（主治医が自署しない場合は押印してください。）

医療機関記入欄

（ふりがな） 受診者氏名	氏名		生年月日 及び年齢	年　　月　　日（　　歳）
（ふりがな） 配偶者氏名	氏名		生年月日 及び年齢	年　　月　　日（　　歳）
助成対象者の確認	□　不育症または不育症の疑いがあり、不育症治療が必要である			
リスク因子	□　抗リン脂質抗体陽性　□　第Ⅷ因子欠乏症　□　プロテインＳ欠乏症 □　その他（　　）			
治療内容	□　低用量アスピリン療法 □　ヘパリン療法 □　低用量アスピリン療法及びヘパリン療法			
治療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
領収金額 （医療保険適用外の費用のみ）	円			

（注）

- 治療終了日は出産あるいは、流産または死産に伴い治療が終了した日を記入してください。
- 助成の対象となるのは、不育症治療のうち、次の治療にかかる医療保険適用外の費用です。
  ①低用量アスピリン療法
  ②ヘパリン療法
- 入院時の差額ベッド代や食事代、文書料等の治療に直接関係のない費用は助成対象外です