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 即 (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)	氏名			・ 生年月日 及び年齢		年	月	日	(歳)
受診者氏名 (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		エリン脂質抗体陽付 −の他(生 □ 第VII	I因子欠乏症		プロティ	インS欠え	乏症)
治療内容	□ 低用量アスピリン療法□ ペパリン療法□ 低用量アスピリン療法及びペパリン療法								
治療期間		年	月	日 ~		年	J	1	日
<u>領収金額</u> (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