

## 高槻市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

受診者	ふりがな		生年月日	昭和・平成
	氏名			年 月 日（ 歳）
	住所	〒569 -		
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
判定日（流産の場合のみ）	令和 年 月 日			
不育治療の理由				
主な治療内容				
領収金額	今回の治療にかかった金額合計（※保険外診療分）			
	領収金額			円
	院外処方 有 ・ 無 （ 処方指示日 ）			

※ 添付書類 今回の治療にかかる医療機関発行の領収書

※ 領収金額 1枚の領収書内に対象となる治療と対象外の治療が混在している場合は、裏面の明細書の記入をお願いします。なお、各医療機関で用意した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。

