様式第2号（第6条関係）

池田市不育症治療医療機関証明書

次のとおり、不育症の治療を実施し、これに係る治療費を領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名　　㊞

受診者	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年　　月　　日 （　　）歳
	氏　名			
	住　所	〒563－ 池田市 電話番号　　（　　）		
今回の治療期間		年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
不育症の治療の理由		（当該受診者について、該当するものにチェックし、詳細をカッコ内に記載してください。） □　免疫異常　（　　） □　内分泌異常　（　　） □　夫婦染色体異常　（　　） □　子宮形態異常　（　　） □　その他　（　　）		
主な治療内容				
院外処方の有無		（〇を付けてください。）　有　・　無		
今回の治療にかかった保険適用外の金額（領収金額）		今回の治療にかかった金額の合計（医療保険適用外診療分） ¥　　円 **※　医療保険適用外の診療分に限ります。また、検査費用は含みません。** **※　入院時の差額ベッド代、食事代、文書料などの直接治療に関係のない費用は含みません。**		

添付書類　　：　今回の治療に係る医療機関発行の領収書・明細書

※　証明内容について、本人の同意を得た上で、池田市子ども・健康部健康増進課職員が問い合わせをする場合があります。