

井原市不妊治療費助成事業調剤証明書

下記の者について、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療に係る治療を実施し、これに要した薬剤費（自己負担額）を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

保険薬局の名称

保険薬局の所在地

薬剤師氏名

※自署 又は 記名押印

◎この証明書の作成については、保険が適用される生殖補助医療に係る治療の実施に伴い、保険が適用される薬剤を処方した保険薬局が対象となりますので、その場合は下記の欄へチェックを入れてください（裏面※1及び※2参照）。

当薬局は、保険が適用される生殖補助医療に係る治療の実施に伴い、保険が適用される薬剤を処方した保険薬局である。

受診者	夫	氏名		生年月日	年 月 日
	妻	氏名		生年月日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (男性不妊治療分) 年 月 日 ～ 年 月 日				
上記の治療期間に係る薬剤の処方期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (男性不妊治療分) 年 月 日 ～ 年 月 日				
領収金額	[今回の治療に係る薬剤費（自己負担額）合計（＊保険適用分に限る。）] 領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日				
	(男性不妊治療費を除く。)		領収金額（＊保険適用分に限る。） 円		
	(男性不妊治療費 裏面※3)		領収金額（＊保険適用分に限る。） 円		
領収金額内訳 (各月明細)	領収年月	男性不妊治療 (裏面※4)	領 収 金 額 (自己負担額) ＊保険適用分に限る	自己負担額開示時の 限額適用認定証 又はマイケ保険証 提示の有無	→「有」の場合 自己負担限額の適用区分 (裏面※5)
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年 月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外

→表面からのつづき

- ※1 助成対象となる薬剤費（自己負担額）は、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を含む。）として行われたものに対して、処方された保険が適用される薬剤費に限ります。
- ※2 保険が適用される生殖補助医療として行われた治療と併用される先進医療に係る薬剤費（自己負担額）は助成対象外です。
- ※3 保険が適用される生殖補助医療の実施に伴い、精巣内精子採取術（TESE）等、顕微授精に繋がる、保険が適用される男性不妊治療を実施した場合に、その治療に係る保険が適用される薬剤費（自己負担額）を記載してください。
- ※4 同じ月に男性不妊治療とこれを除く薬剤費がある場合は、行を分けて領収金額等を記入してください。
- ※5 限度額適用認定証又はマイナ保険証の提示があった場合でも、自己負担限度額が確認できなかった等により高額療養費の適用が無く、受診者に薬剤費の3割負担を請求した場合等には、「対象外」を選択してください。