

倉敷市不妊治療費助成事業調剤証明書

下記の者について、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。）に係る治療を実施し、これに要した薬剤費（自己負担額）を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日 薬局 所在地

名称

電話番号

薬剤師氏名

自署 又は 記名押印

受診者	夫	氏名		妻	氏名	
		生年月日	昭和 年 月 日 平成		生年月日	昭和 年 月 日 平成
今回の不妊治療に係る治療期間 ※1	治療開始日（治療計画を作成した日） 令和 年 月 日 ~ 治療終了日 令和 年 月 日					
	(男性不妊治療分) 開始日 令和 年 月 日 ~ 終了日 令和 年 月 日					
上記の治療期間に係る薬剤の 処方期間	開始日 令和 年 月 日 ~ 終了日 令和 年 月 日					
	(男性不妊治療分) 開始日 令和 年 月 日 ~ 終了日 令和 年 月 日					
区分 (いずれかに○)	① 保険診療 ・ ②保険診療＋先進医療 ・ ③自由診療 (全額自己負担)					

※ 1 医療機関の作成した受診証明書（様式第2号）の「今回の治療期間」を転記してください。

今回の不妊治療に係る薬剤費の 領収年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
-------------------------	---------------------

領収金額及び各月明細

領収年月	男性 不妊治療	領収金額		自己負担限度額の 適用区分	適用区分が未確 認のときは医療 費総額を記入し てください
		保険適用分	全額自己負担分 (先進医療・自由診療)		
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
領収金額		(i) 計 円	(ii) 計 円	(i)+(ii) 総計	円

→裏面に続く

→表面からの続き

- ※ 助成対象となる薬剤費（自己負担額）は、体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（男性不妊治療を含む。）として行われた治療に対して処方された薬剤費です。
- ※ 文書料等治療に直接関係のない経費は記入しないでください。
- ※ 同じ月に男性不妊治療と男性不妊治療を除く薬剤費がある場合は、行を分けて領収金額等を記載してください。
- ※ 限度額適用認定証又はマイナ保険証の提示がないため適用区分が確認できない場合や受診者本人の希望等により高額医療費の制度の利用に同意がない場合等は、「未確認」を選択してください。