

共通様式

別記第3号様式（第2条関係）（表面）

医療機関用：受診等証明書記載例

石狩市特定不妊治療費助成事業受診等証明書
兼 石狩市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書

2023年 12月 1日

医療機関の名称及び所在地
いしかりはなかわARTクリニック
石狩市花川北6条1丁目30-2
主治医氏名 花川 石男

花川

下記の者については、特定不妊治療及び先進不妊治療を実施し、これらに係る医療費等を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫 石狩 鮭太郎	妻 石狩 鮭子	
受診者生年月日	1990年9月9日（33歳）	1987年6月5日（36歳）	
今回の治療対象・回数	第 1 子（ABCの治療時のみ）胚移植術 3 回目		
特定不妊治療に係る部分	今回の治療方法	A B C D E F 裏面の「別表1」に示す区分によって、あてはまるものに○をつけてください。 上記治療と同時に男性不妊治療を行った場合 ・精子回収の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ①	
	今回の治療期間「特定」(注1)	2023年12月1日～2024年1月25日 ★	
	領収金額	[今回の治療にかかった保険診療の自己負担額（注2）] ② 特定不妊治療費（男性不妊治療を除く。） 領収金額 150,000 円	
		男性不妊治療費（注3） 領収金額 円	
		本受診等証明書の発行手数料 領収金額 5,000 円 ④	
先進不妊治療に係る部分	<input checked="" type="checkbox"/> SEET法 <input checked="" type="checkbox"/> タイムラプス法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクリッチ <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> ERA <input type="checkbox"/> EMMA/ALICE <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ <input type="checkbox"/> ERpeak <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> Zymot <input type="checkbox"/> カクホミス投与 <input type="checkbox"/> 胚異数性検査 <input type="checkbox"/> その他 ※裏面の「別表2」を参照	治療費合計 (保険外診療に限る。) ① 86,000 円	
今回の治療期間「先進」(注1)	2023年10月1日～2024年1月25日 ★		
治療期間内の通院日数	通院日数 3 日 ※交通費助成を希望する場合のみ必要 ②		

① 精子回収の有無は、男性不妊治療を行わない場合は空欄としてください。

「有」または「無」にチェックを付けた場合には、男性不妊治療に係る領収金額も記載してください。

② 保険診療の自己負担額については、(注1)の治療期間内の合計金額となります。（※先進医療は含みません）

限度額適用が有る月は適用後の金額とし、受診者が窓口で支払った自己負担額の合計を領収金額欄に記載してください。

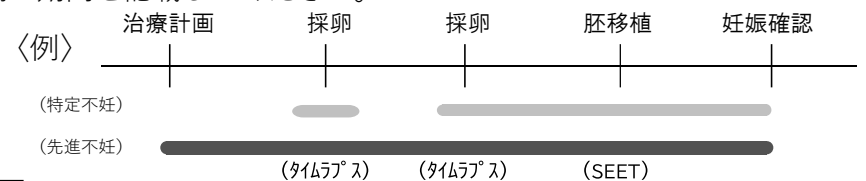
例：11月 2万円
12月 8万円（限度額適用有）
1月 4万円
2月 1万円
今回の治療期間の自己負担額 15万円

③ 治療期間のうち、一月でも限度額適用がある場合は、「有」としてください。

④ 発行手数料は税込金額（医療機関が領収した金額）で記載してください。

⑤ 院内処方調剤を含めた領収金額が、治療方法ABDE及び精子回収「有」で5万円、治療方法CF及び精子回収「無」で2万5千円に満たない場合において、別途、院外処方の薬があるときは、その調剤分も自己負担額に含めて助成金の交付を受けることができます。その場合は受診者に対し薬局に証明を依頼するようお願いください。院外処方の有無が「有」となっても、薬局の証明の添付がなければ調剤分を含めることができません。薬局用の調剤等証明書の様式については、石狩市ホームページからダウンロードできます。

★治療期間については裏面（注1）にあるように、特定不妊治療と先進不妊治療で範囲が異なる場合が考えられますので、それぞれの欄に期間を記載してください。



① 使用した技術に印をつけ、先進医療費のみの合計金額を右欄に記載してください。

② 通院日数は、受診者の方が交通費助成を希望する場合は記載をお願いいたします。交通費助成対象外（自宅から医療機関までの距離が25km以下）の方については、記載の必要はありません。