

**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

2023年 5 月 15 日

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

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費等を以下のとおり徴収したことを証明します。

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 いしかり さけたろう <b>石狩 鮭太郎</b>	妻 いしかり さけこ <b>石狩 鮭子</b>
受診者生年月日	1990年 9月 9日（33歳）	1987年 6月 5日（36歳）
今回の治療方法	A <b>B</b> C D E F <small>裏面の「注意事項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。</small>	
	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 <b>1</b>	
今回の治療期間(注1)	2023年 1月 1日 ~ 2023年 4月 30日	
今回の治療対象・回数	第 <u>1</u> 子（ABCの治療時のみ）胚移植術 <u>3</u> 回目	
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）] <b>2</b> 特定不妊治療費（男性不妊治療を除く。） 領収金額 <u>150,000</u> 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 <u>5,000</u> 円 <b>4</b>	
限度額適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <b>3</b>	院外処方(注4)の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <b>5</b>

**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：

1月 2万円  
 2月 8万円（限度額適用有）  
 3月 4万円  
 4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** 院内処方の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」となっている場合でも、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。

（注1）治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

（注2）限度額適用認定証の提示があった場合は、適用後の自己負担額を記載してください。

（注3）主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

（注4）院外処方の有無が「有」の場合は、院外処方に要した費用も対象になります。その場合、薬局が発行する証明書の添付が必要になります。