

年 月 日

総社市長 様

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（精子を精巣また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。

年 月 日 薬局 所在地
 名称
 電話番号
 薬剤師名 _____
 自署 または 記名押印

受診者	夫	氏名		妻	氏名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日		生年月日	昭和・平成 年 月 日
今回の生殖補助医療に係る治療期間（※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機関	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
区分 (いずれかに○)	① 保険診療のみ		② 保険診療+先進医療		③ 保険外診療（全額自己負担）	

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

今回の生殖補助医療に係る薬剤費の領収年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
-----------------------	---------------------

⇒ 裏面に続く

【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	適用区分が対象 外の時は医療費 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・保険外 診療)		
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
領 収 金 額		(a) 計 円	(b) 計 円	(a+b) 総計	円

- ※ 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。
- ※ 文書料等の治療に直接関係ない費用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。
- ※ 限度額適用認定証また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の制度の利用に同意がない場合は、「対象外」を選択してください。
- ※ 限度額適用認定証またはマイナ保険証の提示があった場合でも、自己負担額が確認できなかった場合等により高額療養費の適用がない場合（受給者本人に医療費の3割負担を求めた場合等）は「対象外」を選択してください。
- ※ 自己負担限度額の適用区分欄が「対象外」の場合は、医療費の総額を記入してください。
- ※ 以下の生殖補助医療は助成対象外です。
 - ・ 夫婦以外の第三者から提供を受けた精子，卵子又は胚によるもの
 - ・ 夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入し，当該者が妻の代わりに妊娠及び出産するもの
 - ・ 夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して，当該第三者が妻の代わりに妊娠及び出産するもの