

不妊治療費助成金に係る調剤証明書

下記の者について、保険が適用される体外受精、顕微授精等の生殖補助医療(男性不妊治療を含む。)に係る治療が実施され、これに要する保険が適用される薬剤費(自己負担額)を下記のとおりに徴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
 保険薬局の連絡先
 薬剤師氏名

◎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(注1、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。(必須)									
受診者	夫	氏名	生年月日	年	月	日			
	妻	氏名	生年月日	年	月	日			
今回の不妊治療に係る治療期間 (医療機関受診証明書から転記)			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	[今回の不妊治療に係る薬剤費(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
		(男性不妊治療に係る薬剤費を除く)							
		領収金額(*保険適用分に限る)				円			
		(男性不妊治療に係る薬剤費※1)							
		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 (※2)	領収金額 (自己負担額) *保険適用分に限る	自己負担額 請求時の限度額認定証 又はマイナ保険証提示の 有無	→「有」の場合 自己負担限度額の適用区分 (※3)				
	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				

(※1) 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、顕微授精につながる、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。

(※2) 同じ月に男性不妊治療と男性不妊治療を除く治療がある場合には、それぞれ行を分けて記載してください。

(※3) 自己負担額請求時の限度額認定証又はマイナ保険証提示があった場合でも、高額療養費の適用が無く、受診者に医療費の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。

(注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(男性不妊治療を含む。)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です。
 (注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。