

様式第4号（第6条関係）

不妊治療支援事業調剤証明書

下記の者について、保険が適用される一般不妊治療及び生殖補助医療（「男性不妊治療」を含む。）に係る治療を実施され、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

薬剤師氏名

㊞

受診者	夫	氏名		生年月日	年 月 日
	妻	氏名		生年月日	年 月 日
今回の治療期間 (※1)		年 月 日 ~ 年 月 日			
		(男性不妊治療分)		年 月 日 ~ 年 月 日	
上記の治療期間 に係る薬剤の処方機関		年 月 日 ~ 年 月 日			
		(男性不妊治療分)		年 月 日 ~ 年 月 日	
自己負担額区分		①適用区分 () ②多数該当 該当 ・ 非該当			
領収金額 (薬剤費)		今回の治療にかかった薬剤費（自己負担額）合計※保険適用分 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)金 円 (男性不妊治療費に係る薬剤費) 金 円			

(注1) 補助対象となる薬剤費は、保険が適用される一般不妊治療、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。）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。