様式第4号(第7条関係)　　【調剤薬局用】

不妊治療支援事業　調剤証明書(生殖補助医療)

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。)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。

証明日(西暦)		年　月　日
保険薬局	名　称	
	所在地	
	電話番号	
	薬剤師氏名	(自署又は記名押印)

受診者	妻	フリガナ	
		氏名	
		生年月日(西暦)	年　月　日
	夫	フリガナ	
		氏名	
		生年月日(西暦)	年　月　日
今回の治療(※1)	診療区分		☐ 保険診療　☐ 保険診療＋先進医療　☐ 自由診療(全額自己負担)
	治療期間	開始日(西暦)	年　月　日 ～
		終了日(西暦)	年　月　日

今回の治療に係る処方箋に基づき処方した薬剤費の領収期間	開始日(西暦)	年　月　日 ～
	終了日(西暦)	年　月　日

領収年月(西暦)		領収金額(自己負担額)(※2) 保険適用分	領収金額(自己負担額)(※2) 全額自己負担分(先進医療・自由診療)	自己負担限度額の適用区分(※3)	適用区分が未確認の場合の医療費総額(※4)
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
領収金額合計		①	②	①+②合計	
	妻	計　円	計　円	総額　円	
	夫	計　円	計　円	総額　円	

(※1) 医療機関が作成した受診証明書から転記してください。
(※2) 治療を行っていない者については記入不要です。なお,文書料等,治療に直接関係ない費用は対象になりません。
(※3) 限度額認定証又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,高額療養費の制度の利用に同意がない場合等は「未確認」を選択してください。
(※4) 自己負担額の適用区分が「未確認」の場合は,医療費総額を記入してください。