

箕面市不妊・不育治療費等助成金にかかる診療証明書

【 注意事項 】

① 令和〇年〇月〇〇日

① 証明書の作成日

② 所在地 : 箕面市西小路〇-〇-〇
 医療機関 名称 : 〇〇クリニック
 電話番号 : 072-〇〇〇-〇〇〇〇
 主治医氏名 : (医師の自署) 印
 (氏名欄は、主治医による自署または記名押印)

② 主治医の自署以外は、
 押印が必要

③ 当医療機関で、令和 7 年度中に実施した不妊・不育治療等について、下記のとおり証明します。

③ 実施した年度を記載

④	受診者氏名	箕面 もみじ		生年月日	平成〇年〇月〇〇日		
⑤	主な治療内容	不妊症	<input checked="" type="checkbox"/> 検査（検査名 内診・経膈超音波検査） <input checked="" type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
		不育症	<input type="checkbox"/> 検査（検査名 ） <input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
⑥	院外処方	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（		令和7年9、10 月分）			
⑦	本人負担額		保険診療分 (A)	保険診療外 (B)	助成対象外 (C)	助成対象外 (C) の経費 ・ 入院時の食事料 ・ 室料差額 ・ 文書料 ・ その他の治療行為に相当しない費用 「大阪府不妊検査費用助成事業」の対象となる検査 (※) ・ 「大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業」の対象となる生殖補助医療	
		4月分		円	円		
		6月分	診察した月ごとに、患者が負担した自己負担額を、保険診療分 (Aの欄) とそれ以外 (Bの欄) に分けて記載する。		円		円
		9月分	※助成対象外の経費も含めて記載する。		円		円
		10月分		円	円		
		月分		円	円		
		月分		円	円		
		月分		円	円		
		月分		円	円		
		月分		円	円		
月分		円	円				
⑧	計	Aの計	円	Bの計	円	Cの計	円
⑨	保険診療分 (A) + 保険診療外 (B) - 助成対象外 (C)					A + B - C	円
⑩	特記事項						

⑥ ③の年度に実施した治療等の院外処方ありの場合：
 処方した年月をすべて記載

⑦ ③の年度に実施した治療等の自己負担額を月ごとに記載

⑧ ⑦を小計

⑨ ⑧を計算

⑩ あれば記載

※ 「大阪府不妊検査費用助成事業」の対象となる検査
 ・ 流死産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）
 ・ 抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査

【書類作成にあたっての注意事項】

- ・ 治療等を実施した年度ごとに1枚作成してください。
- ・ 夫婦ともに治療している場合でも、患者ごとに1枚作成してください。
- ・ ⑨の額が年度途中で5万円を超過する場合は、その時点で申請可能です。
- ・ 申請できるのは、箕面市民である期間の受診分のみです。
- ・ 審査に際し、証明書に記載された治療・検査に関する事項等について照会することがあります。
- ・ 令和7年4月1日以降の治療等が対象です。