様式第２号（第５条関係）

箕面市不妊・不育治療費等助成金にかかる診療証明書

年　　月　　日

医療機関　所在地　：
名称　：
電話番号　：
主治医氏名　：　　印
（氏名欄は、主治医による自署または記名押印）

当医療機関で、　　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。

受診者氏名			生年月日	年　月　日
主な治療内容	不妊症	□ 検査（検査名　）		
		□ タイミング療法（不妊相談）　□ 排卵誘発法		
		□ 人工授精　□ 体外受精　□ 顕微授精		
		□ 手術療法（方法：　）		
		□ その他（　）		
	不育症	□ 検査（検査名　）		
		□ 薬物療法（内服・注射）		
		□ 手術療法（方法：　）		
		□ その他（　）		
院外処方		□ なし　□ あり（　月分）		

本人負担額	保険診療分（A）	保険診療外（B）	助成対象外（C）
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
計	円	円	円

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
- 大阪府が助成する不妊・不育治療等の費用

保険診療分（A）＋保険診療外（B）－助成対象外（C）	円
特記事項	

【助成対象外(C)の備考欄】大阪府が助成する不妊・不育治療等の費用

※該当する項目にチェック
「大阪府不育症検査費用助成事業」の対象となる検査費用
□流死産検体を用いた遺伝子検査１（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
□流死産検体を用いた遺伝子検査２（流死産絨毛・胎児組織NGS染色体検査）※令和８年５月診療分～
「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」の対象となる費用
□同事業を活用して卵子凍結した凍結卵子の保存維持管理に係る費用、生殖補助医療に係る費用