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

❶ ○年○月○○日

❷ 医療機関
所在地 ： 箕面市西小路○-○-○
名称 ： ○○クリニック
電話番号 ： ０７２-○○○-○○○○
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）

当医療機関で、❸ 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。

❹ 受診者氏名	箕面　もみじ	生年月日	平成○年○月○○日

❺ 主な治療内容

不妊症

- ☑ 検査（検査名 内診・経膣超音波検査 ）
- ☑ 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（ ）

❻ 院外処方：☐ なし　☑ あり（ 令和７年９、１０ 月分）

❼ 本人負担額

	保険診療分（A）	保険診療外（B）	助成対象外（C）
４月分	円	円	円
６月分	円	円	円
９月分	円	円	円
１０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
❽ 計	Aの計 円	Bの計 円	Cの計 円

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。
※助成対象外の経費も含めて記載する。

右の例に記載する助成対象外の費用を記載する。

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

❾ 保険診療分（A）＋保険診療外（B）－助成対象外（C）	A＋B-C	円
❿ 特記事項		

⓫【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

【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。

【 注意事項 】

① 証明書の作成日

② 主治医の自署以外は、押印が必要

③ 実施した年度を記載

④ 受診者ごとに作成

⑤ ③の年度に実施した主な治療内容
☐：実施内容に✔
（ ）：具体内容を記述

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

⑪ 助成対象外（C）のなかに、大阪府制度の対象費用が含まれる場合のみ記入