

守口市不妊検査・治療費助成金申請に係る証明書

守口市長 様

所在地 代表者名 ⑩
医療機関等 名称 電話番号

当医療機関で、令和 年度中に実施した不妊検査・治療について、下記のとおり証明します。

1 証明事項 (該当事項に✓)	<input type="checkbox"/> 検査・治療を終了した(特定不妊治療への移行等による転院・市外転居・年齢制限超過による申請の場合も含む)					
	<input type="checkbox"/> 当院で特定不妊治療を開始した(開始日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 次年度も治療を継続する				
2 検査・治療を受けた者とその期間	夫	氏名	生年月日 年 月 日			
		期間 年 月 日 から 年 月 日 まで				
	妻	氏名	生年月日 年 月 日			
		期間 年 月 日 から 年 月 日 まで				
3 実施した検査 (該当事項に✓)	女性の検査		男性の検査			
	<input type="checkbox"/> 内診・経膈超音波検査	<input type="checkbox"/> ホルモン検査	<input type="checkbox"/> 卵管通気通水検査	<input type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> ホルモン検査	
	<input type="checkbox"/> 血液検査(末梢・生化学等)	<input type="checkbox"/> 月経血培養検査	<input type="checkbox"/> 頸管粘液検査	<input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査		
	<input type="checkbox"/> クラミジア検査	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/> フーナーテスト	<input type="checkbox"/> 精管精嚢造影検査		
	<input type="checkbox"/> その他 [<input type="checkbox"/> その他 [
4 実施した治療 (該当事項に✓)	<input type="checkbox"/> タイミング療法	<input type="checkbox"/> ホルモン療法	<input type="checkbox"/> 人工授精	第三者提供精子によるものは除く	院外処方 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
5 検査・治療に関する特記事項						
6 検査・治療に係る費用 (患者負担額)	総負担額【A】	円	対象外費用【B】 (ある場合は項番7も記入)	円	対象金額【A】-【B】	円
7 対象外費用【B】内訳 (記入欄不足時別紙(任意様式)にて提出可)	診療日	年 月 日	内容	負担額	円	
		年 月 日			円	
8 院外処方取扱薬局等証明欄 (薬局等作成)	所在地	代表者名	⑩			
	薬局等名称	電話番号				
8 (上記医療機関証明の内容に基づき、調剤・販売した額を記入)	本証明書に記載された検査・治療期間にて、証明書作成医療機関が発行した不妊治療に関する処方箋に基づき、下記のとおり医薬品を調剤・販売したことを証明します。					
	証明日	年 月 日	患者負担額	円		

【医療機関の方へ】証明書作成に関する諸注意

A 証明事項および証明する治療期間について(項番1・項番2関係)

令和3年4月1日以降に治療を開始した守口市民の夫婦については、負担した検査・治療費について、年度(4月～翌年3月)単位での助成を行います。年度の途中で治療を終了した際は、終了日を終期としてください。次年度も治療を継続する場合は、【1 証明事項】の【次年度も治療を継続する】に“✓”をし、当該年度の最終治療日を記入してください。

特定不妊治療へ移行された方が、他医療機関にて特定不妊治療を受ける場合は、【検査・治療を終了した】に✓し、最終治療日を終期としてください。

B 守口市の助成制度の対象外となる費用について(項番6関係)

医師が不妊症の診断のために必要と認める検査および不妊症と診断された者が医療機関において受ける不妊検査並びに一般不妊治療(タイミング療法、ホルモン療法並びに夫婦以外の第三者からの卵子、胚及び精子の提供によるものを除く人工授精をいう。)並びに不妊症をきたす原因疾患の治療(卵管鏡下卵管形成術、子宮ポリープ摘出手術、精索静脈瘤手術、精路再建手術等をいう。)が対象です。

それ以外の治療に直接関係のない費用(文書作成料・患者の判断で購入したサプリメント等購入費等・基礎体温表などのテキスト等購入費)については、【6 検査・治療に係る費用(患者負担額)】欄にて対象外費用として計上し、その内訳を【7 対象外経費【B】内訳】欄に記入してください。(記入欄が不足する場合は別紙にて提出ください。)

守口市不妊検査・治療費助成金申請に係る証明書

守口市長 様

所在地 守口市京阪本通2丁目5番5号 代表者名 もり吉

医療機関等 名称 医療法人 守口会 もり吉クリニック 電話番号 06-6992-1221

りも守医
ニリ口療
ッ吉会
クク人

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

1 証明事項 (該当事項に✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 検査・治療を終了した (特定不妊治療への移行等による転院・市外転居・年齢制限超過による申請の場合も含む)				
	<input type="checkbox"/> 当院で特定不妊治療を開始した (開始日 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 次年度も治療を継続する		
2 検査・治療を受けた者とその期間	夫	氏名 守口 太郎	生年月日 1987 年 4 月 1 日		
		期間 令和 3 年 8 月 1 日 から 令和 4 年 2 月 5 日 まで			
	妻	氏名 守口 花子	生年月日 1988 年 9 月 1 日		
		期間 令和 3 年 4 月 1 日 から 令和 4 年 3 月 31 日 まで			
3 実施した検査 (該当事項に✓)	女性の検査		男性の検査		
	<input checked="" type="checkbox"/> 内診・経膈超音波検査	<input checked="" type="checkbox"/> ホルモン検査	<input checked="" type="checkbox"/> 卵管通気通水検査	<input checked="" type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> ホルモン検査
	<input checked="" type="checkbox"/> 血液検査(末梢・生化学等)	<input type="checkbox"/> 月経血培養検査	<input type="checkbox"/> 頸管粘液検査	<input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査	
	<input checked="" type="checkbox"/> クラミジア検査	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/> フーナーテスト	<input type="checkbox"/> 精管精嚢造影検査	
	<input type="checkbox"/> その他 [<input type="checkbox"/> その他 [
4 実施した治療 (該当事項に✓)	<input checked="" type="checkbox"/> タイミング療法	<input checked="" type="checkbox"/> ホルモン療法	<input checked="" type="checkbox"/> 人工授精 (第三者提供精子によるものは除く)	院外処方 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
5 検査・治療に関する特記事項					
6 検査・治療に係る費用 (患者負担額)	総負担額【A】	対象外費用【B】 (ある場合は項番7も記入)	対象金額【A】-【B】		
	132,000 円	1,000 円	131,000 円		
7 対象外費用【B】内訳 (記入欄不足時別紙(任意様式)にて提出可)	診療日 令和4 年 1 月 5 日	内容 メンズルーム使用料	負担額 500 円		
	令和4 年 2 月 5 日	メンズルーム使用料	500 円		
8 院外処方取扱薬局等証明欄 (薬局等作成)	所在地 守口市京阪本通2丁目2番5号	代表者名 守口 次郎			
	名称 守口駅前ファーマシー	電話番号 06-6992-XXXX			
	本証明書に記載された検査・治療期間にて、証明書作成医療機関が発行した不妊治療に関する処方箋に基づき、下記のとおり医薬品を調剤・販売したことを証明します。				
	証明日 令和4 年 4 月 1 日	患者負担額 8,900 円			

【医療機関の方へ】証明書作成に関する諸注意

A 証明事項および証明する治療期間について(項番1・項番2関係)

令和3年4月1日以降に治療を開始した守口市民の夫婦については、負担した検査・治療費について、年度(4月～翌年3月)単位での助成を行います。年度の途中で治療を終了した際は、終了日を終期としてください。次年度も治療を継続する場合は、【1 証明事項】の【 次年度も治療を継続する】に“✓”をし、当該年度の最終治療日を記入してください。

特定不妊治療へ移行された方が、他医療機関にて特定不妊治療を受ける場合は、【検査・治療を終了した】に✓し、最終治療日を終期としてください。

B 守口市の助成制度の対象外となる費用について(項番6関係)

医師が不妊症の診断のために必要と認める検査および不妊症と診断された者が医療機関において受ける不妊検査並びに一般不妊治療(タイミング療法、ホルモン療法並びに夫婦以外の第三者からの卵子、胚及び精子の提供によるものを除く人工授精をいう。)並びに不妊症をきたす原因疾患の治療(卵管鏡下卵管形成術、子宮ポリープ摘出手術、精索静脈瘤手術、精路再建手術等をいう。)が対象です。

それ以外の治療に直接関係のない費用(文書作成料・患者の判断で購入したサプリメント等購入費等・基礎体温表などのテキスト等購入費)については、【6 検査・治療に係る費用(患者負担額)】欄にて対象外費用として計上し、その内訳を【7 対象外経費【B】内訳】欄に記入してください。(記入欄が不足する場合は別紙にて提出ください。)