様式2（※医療機関作成）　　証明日　　年　月　日

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

医療機関等　所在地　　代表者名　　㊞
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 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	

2 実施した検査（該当事項に✓）	女性の検査			男性の検査	
	☐ 内診・経腟超音波検査	☐ ホルモン検査	☐ 卵管通気通水検査	☐ 精液検査	☐ ホルモン検査
	☐ 血液検査(末梢・生化学等)	☐ 月経血培養検査	☐ 頸管粘液検査	☐ 泌尿器科的検査	
	☐ クラミジア検査	☐ 子宮卵管造影検査	☐ フーナーテスト	☐ 精管精嚢造影検査	
	☐ その他〔　　〕			☐ その他〔　　〕	

3 実施した治療（該当事項に✓）	☐タイミング療法	☐ホルモン療法	☐人工授精（第三者提供精子によるものは除く）	院外処方	☐あり　☐なし

4 検査・治療に関する特記事項	

5 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6も記入）	＝	対象金額【A】－【B】
	円		円		円

6 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）	内容	負担額
		円
		円

7 院外処方取扱薬局等証明欄（薬局等作成）（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）	
薬局等	所在地　　代表者名　　㊞ 名称　　電話番号
	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　証明する治療期間及び実施した検査・治療等について（項番1、項番2、項番3関係）

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。**
妻の年齢が43歳に達した日の属する月の月末までに受けた検査・治療等が対象とりますので、ご留意ください。

B　守口市の助成制度の対象外となる費用について（項番5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。）

様式2（※医療機関作成）

証明日　　年　月　日

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

医療機関等
所在地　守口市京阪本通2丁目5番5号　代表者名　もり吉　㊞
名称　医療法人　守口会　もり吉クリニック　電話番号　06-6992-1221

医療法人 守口会

当医療機関で、令和 6 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 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 2 日
		期間	令和 6 年 8 月 1 日 から 令和 7 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 6 年 4 月 1 日 から 令和 7 年 3 月 31 日 まで		

2 実施した検査（該当事項に✓）	女性の検査			男性の検査	
☑ 内診・経腟超音波検査	☑ ホルモン検査	☑ 卵管通気通水検査		☑ 精液検査	☐ ホルモン検査
☑ 血液検査(末梢・生化学等)	☐ 月経血培養検査	☐ 頸管粘液検査		☐ 泌尿器科的検査	
☑ クラミジア検査	☑ 子宮卵管造影検査	☐ フーナーテスト		☐ 精管精嚢造影検査	
☐ その他 〔　　〕				☐ その他 〔　　〕	

3 実施した治療（該当事項に✓）	☑タイミング療法	☑ホルモン療法	☑人工授精	〔第三者提供精子によるものは除く〕	院外処方	☑あり　☐なし

4 検査・治療に関する特記事項	

5 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】
	97,000 円		6,000 円		91,000 円

6 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）	内容	負担額
	サプリメント代	5,000 円
	メンズルーム使用料	1,000 円

7 院外処方取扱薬局等証明欄（薬局等作成）（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）				
薬局等	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　㊞ 守口
	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 7 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　証明する治療期間及び実施した検査・治療等について（項番1、項番2、項番3関係）

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。**
妻の年齢が43歳に達した日の属する月の月末までに受けた検査・治療等が対象とりますので、ご留意ください。

B　守口市の助成制度の対象外となる費用について（項番5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。）