
 名古屋市一般不妊治療費助成事業受診等証明書を記載いただく医療機関様へ

【 記入上の注意点 】

- 令和4年度分につきましては、受診等証明書の様式が令和3年度までの様式と変更となっておりますのでご注意ください。
- 令和4年3月人工授精実施分と、令和4年4月以降人工授精実施分で、記載箇所が異なります。
- 助成対象となる治療については、領収書の有無によらず記載をお願いします。なお、助成金額の算定については、領収書で金額が確認できる範囲に限らせていただきます。
- 令和4年3月以前に助成対象となる治療を開始していた場合でも、令和5年2月までに人工授精を実施しない場合は、その一連の費用全てが助成対象外となります。

「1 令和4年3月人工授精実施分」欄

開始年月日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申請する一連の治療について、助成対象となる治療の開始日を記入してください。 ・ 治療年月日の1行目の日付と一致させてください。
実施年月日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 令和4年3月中の日付となります。 ・ 3月中に2回実施した場合は、両方の日付を記入してください。
実施回数	令和4年3月中の人工授精実施回数を記入してください。
治療年月日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 旧様式では、実施月別に記載していただく形式でしたが、新様式においては、治療日ごとに記入してください。 ・ 治療日順に記載してください。 ・ 令和4年2月以前（前年度）に発生した費用がある場合、旧様式では備考欄にご記入いただいておりますが、新様式では、この欄に記入してください。2月以前の治療分がある旨を備考欄へ追記いただく必要はありません。

「2 令和4年4月～令和5年2月 人工授精実施分」欄

開始年月日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申請する一連の治療について、助成対象となる治療の開始日となり、必ず令和4年3月以前の日付となります。 ・ 治療年月日の1行目の日付と一致させてください。
実施年月日	令和4年4月～令和5年2月の日付となります。
実施回数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1回のみです。 ・ 令和5年2月までに人工授精まで至らない場合は、その一連の治療全てが助成対象外となります。
治療年月日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 旧様式では、実施月別に記載していただく形式でしたが、新様式においては、治療日ごとに記入してください。 ・ 治療日順に記載してください。 ・ 令和4年2月以前（前年度）に発生した費用がある場合、旧様式では備考欄にご記入いただいておりますが、新様式では、この欄に記入してください。2月以前の治療分がある旨を備考欄へ追記いただく必要はありません。 ・ 領収書の有無によらず、令和4年3月以前の治療年月日が記入されていない場合は、一連の治療全てが助成対象となりませんので、記載漏れのないようご注意ください。

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

記入例

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費〔実費負担分〕を徴収したことを証明します。

令和4年7月31日

医療機関の名称及び所在地 ○○○○

主治医氏名 ○○○○

(ふりがな) 受診者氏名	夫	(ナゴヤ ショウタ) 名古屋 翔太	妻	(ナゴヤ カスミ) 名古屋 香澄
受診者生年月日		平成 2 年 5 月 14 日		平成 2 年 10 月 19 日

1 令和4年3月 人工授精実施分

令和4年3月に人工授精を実施した場合のみ助成対象になります。

開始年月日	令和4年3月11日		
実施年月日	令和4年3月15日		
実施回数	2回		
実費負担額の内訳			
治療年月日	医療機関徴収分	治療年月日	薬局徴収分
令和4年3月11日	1,000円	年 月 日	円
令和4年3月15日	150円	年 月 日	円
令和4年3月15日	19,850円	年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
合計(①)	21,000円	合計(②)	円
(備考)			

助成対象となる治療を開始した日を記載してください。(両方とも同じ日付となります。)

必ず3月中の日付となります。3月中に人工授精を2回実施した場合は、両方の日付を記入してください。

2月以前に発生した費用がある場合は、この欄に実施日順に記入してください。

2 令和4年4月～令和5年2月 人工授精実施分

令和4年3月以前に助成対象となる治療を開始した場合に限り、1回のみ助成対象になります。

開始年月日	令和4年3月30日		
実施年月日	令和4年5月30日		
実施回数	1回		
実費負担額の内訳			
治療年月日	医療機関徴収分	治療年月日	薬局徴収分
令和4年3月30日	1,000円	年 月 日	円
令和4年4月2日		年 月 日	円
令和4年5月30日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
年 月 日		年 月 日	円
合計(③)	21,000円	合計(④)	円
(備考)			

助成対象となる治療を開始した日を記載してください。(両方とも同じ日付となります。)

必ず令和4年3月以前の日付となります。

必ず令和4年4月以降の日付となります。

令和4年3月以前に助成対象となる治療を開始した一連の治療について記入してください。
※助成対象となる治療開始日が 令和4年3月以前の日付でない場合は、一連の治療全てが助成対象外です。
※人工授精を実施しなかった場合は一連の治療全てが助成対象外です。

3 今回の治療にかかった金額合計

領収金額	42,000	円(上記実費負担額①～④の合計額となります。)
------	--------	-------------------------

注1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。

注2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

注3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。