

岡山市不妊治療費助成事業受診証明書

下記の者について、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療(精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術(以下「男性不妊治療」という。))を含む。)に係る治療を実施し、これに要した医療費(自己負担額)を下記のとおり徴収したことを証明します。

1回の治療(一連の治療)が終了又は中止し、治療にかかった医療費の領収完了日以降に作成してください。

保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行った保険医療機関が証明書を作成してください。

Form with fields: 証明日(西暦) 2025年10月8日, 医療機関コード 33101234xx, 保険医療機関の名称 〇〇病院, 所在地 岡山市〇区〇〇〇123-45, 電話番号 086-xxx-xxxx, 主治医氏名 医師 太郎

この証明書の作成については、保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行った保険医療機関が対象となりますので、この場合は下記の欄へチェック☑を入れてください(注1、2参照)。

Main form with sections: 受診者 (夫 岡山健, 妻 岡山康子), 今回の治療方法 (A, B checked, C, D, E, F), 今回の治療期間 (開始日 2025年5月9日, 終了日 2025年10月3日), 今回の治療における他医療機関受診 (有, 無 checked)

治療開始日は、治療計画を作成した日(他医療機関で作成した場合はその作成日)を記入してください。

男性不妊治療を実施していない場合は、記入不要です。

(※1) 治療期間については、「1回の治療」ごとに、採卵術(採卵術を実施するための準備を含む。)又は凍結胚移植術を行うための治療計画を作成した日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療(治療方法「C」を除く。以下同じ。)を行った場合は男性不妊治療を行った日から治療終了日までを記載してください。なお、「1回の治療」とは、胚移植を目的とした治療計画に基づく、採卵術(採卵術を実施するための準備を含む。)等から、胚移植術(胚移植術の結果の確認を含む。)等に至るまでの一連の治療過程を指します。また、以前に行った体外受精・顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も「1回の治療」とします。

(注1) 助成対象となる治療は、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療(精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術(以下「男性不妊治療」という。))を含む。)として行われたものです。

(注2) 保険が適用される生殖補助医療として行われた治療と併用される先進医療は助成対象外です。

(注3) 助成対象となる治療方法は次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
※ 採卵準備前に男性不妊治療を行った結果、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。その場合、A~F欄は空欄としてください。
※ 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。

→表面からのつづき

院外処方の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	---------------------------------------	----------------------------

〔今回の治療にかかった医療費の領収金額（自己負担額）の合計（\*保険適用分に限る）〕

領収開始年月日（西暦）	2 0 2 5 年	5 月	9 日 ~
領収終了年月日（西暦）	2 0 2 5 年	1 0 月	3 日
（男性不妊治療費を除く） 領収金額（*保険適用分に限る）		1 5 2 ,	1 3 0 円
（男性不妊治療費 ※ 2） 領収金額（*保険適用分に限る）			

※下記各月明細の合計額を記載してください。

各月明細の合計額を記載してください。  
※男性不妊治療を実施している場合は、  
分けて記載してください。

（領収金額内訳）各月明細

領収年月（西暦）	男性不妊治療 （※ 3）	領収金額(自己負担額) （*保険適用分に限る）	自己負担額請求時の限 度額認定証又はマイナ 保険証提示の有無	→「有」の場合
				自己負担限度額の適用区分 （※ 4）
2025 年 5 月分	非該当・該当	12,600 円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 6 月分	非該当・該当	34,200 円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 7 月分	非該当・該当	29,000 円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 8 月分	非該当・該当	63,100 円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 9 月分	非該当・該当	11,000 円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 10 月分	非該当・該当	2,230 円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外

受診者の 医療保険	夫	保険者名	
		保険者番号	
	妻	保険者名	〇〇〇健康保険組合
		保険者番号	0 6 3 3 0 x x x

※治療を行っていない者については記入不要です。

治療を行った方（医療費の支払いがある方）につ  
いて記載してください。

- (※ 2) 保険が適用される生殖補助医療の実施に伴い、精巣内精子採取術（TESE）等、顕微授精につながる、保険が適用される男性不妊治療を実施した場合に、その医療費（自己負担額）を記載してください。
- (※ 3) 同じ月に男性不妊治療と男性不妊治療を除く治療がある場合は、行を分けて領収金額等を記載してください。
- (※ 4) 限度額認定証又はマイナ保険証の提示があった場合でも、自己負担限度額が確認できなかった等により高額療養費の適用が無い場合（受診者本人に医療費の3割負担を求めた場合等）は、「対象外」を選択してください。



### 岡山市不妊治療費助成事業受診証明書

下記の者について、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を含む。）に係る治療を実施し、これに要した医療費（自己負担額）を下記のとおり徴収したことを証明します。

1回の治療（一連の治療）が終了又は中止し、治療にかかった医療費の領収完了日以降に作成してください。

保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行った保険医療機関が証明書を作成してください。

証明日（西暦）	2	0	2	5	9	1	1			
医療機関コード	3	3	1	0	1	1	2	2	X	X
保険医療機関の名称	△△病院									
保険医療機関の所在地	岡山市〇区△△△111-22									
保険医療機関の電話番号	086-XXX-XXXX									
主治医氏名	医師 桃子 <span style="float:right">(自署又は記名押印)</span>									

○ 証明書の作成については、保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行った保険医療機関が対象となりますので、この場合は下記の欄へチェック☑を入れてください（注1、2参照）。

当医療機関は、保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行った保険医療機関である。（必須）

受診者	夫	氏名	鹿田 康夫	夫	生年月日（西暦）	1	9	9	3	2		
	妻	氏名	鹿田 健子	妻	生年月日（西暦）	1	9	9	1	1	2	2
	治療開始日は、治療計画を作成した日（他医療機関で作成した場合はその作成日）を記入してください。											
	今回の治療方法											
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精		*該当する記号（注3参照）にチェックしてください。				*A又はBの場合にチェックしてください。				
男性不妊治療		男性不妊治療の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		精子回収の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		手術法： 精巣内精子採取術		*男性不妊治療が有の場合にチェックしてください。								
今回の治療期間（※1）	開始日（西暦）		2	0	2	5	5	2	7			
	終了日（西暦）		2	0	2	5	9	1	0			
	(男性不妊治療分)開始日（西暦）		2	0	2	5	5	2	7			
	(男性不妊治療分)終了日（西暦）		2	0	2	5	7	3	0			
今回の治療における他医療機関受診		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無             →「有」の場合：		他医療機関名		◆◆◆診療所						
				他医療機関の区分		<input checked="" type="checkbox"/> 転院元（※治療計画作成以降） <input type="checkbox"/> 転院先						

※姓と名の間はスペースを空けてください。 →裏面へつづく **今回の治療（治療計画に基づく生殖補助医療）において、他の医療機関での受診（治療計画作成や治療（採卵術等）がある場合は、記入してください。**

（※1）治療期間については、「1回の治療」ごとに、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）又は凍結胚移植術を行うための治療計画を作成した日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療（治療方法「C」を除く。以下同じ。）を行った場合は男性不妊治療を行った日から治療終了日までを記載してください。なお、「1回の治療」とは、胚移植を目的とした治療計画に基づく、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）等から、胚移植術（胚移植術の結果の確認を含む。）等に至るまでの一連の治療過程を指します。また、以前に行った体外受精・顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も「1回の治療」とします。

- （注1）助成対象となる治療は、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を含む。）として行われたものです。
- （注2）保険が適用される生殖補助医療として行われた治療と併用される先進医療は助成対象外です。
- （注3）助成対象となる治療方法は次のいずれかに相当するものです。
- A 新鮮胚移植を実施
  - B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
  - C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
  - D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
  - E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
  - F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
  - ※ 採卵準備前に男性不妊治療を行った結果、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。その場合、A～F欄は空欄としてください。
  - ※ 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

→表面からのつづき

院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	---------------------------------------

自医療機関での院外処方の有無を記載してください。

自医療機関での領収期間を記載してください。

〔今回の治療にかかった医療費の領収金額（自己負担額）の合計（\*保険適用分に限る）〕

領収開始年月日（西暦）	2 0 2 5 年	6 月	2 日 ~
領収終了年月日（西暦）	2 0 2 5 年	9 月	1 0 日
（男性不妊治療費を除く） 領収金額（*保険適用分に限る）		1 2 2 ,	5 0 0 円
（男性不妊治療費 ※ 2） 領収金額（*保険適用分に限る）		6 7 ,	4 0 0 円

※下記各月明細の合計額を記載してください。

各月明細の合計額を記載してください。  
※男性不妊治療を実施している場合は、  
分けて記載してください。

（領収金額内訳）各月明細

領収年月（西暦）	男性不妊治療 （※ 3）	領収金額(自己負担額) （*保険適用分に限る）	自己負担額請求時の限度額認定証又はマイナ保険証提示の有無		「有」の場合 自己負担限度額の適用区分 （※ 4）
			有・無	有・無	
2025 年 6 月分	非該当・該当	27,400 円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 6 月分	非該当・該当	9,800 円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 7 月分	非該当・該当	29,000 円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 7 月分	非該当・該当	57,600 円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 8 月分	非該当・該当	63,100 円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
2025 年 9 月分	非該当・該当	3,000 円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外

男性不妊治療を実施している場合は、行を分けて領収金額等を記載してください。

受診者の 医療保険	夫	保 険 者 名	岡山市国民健康保険						
		保 険 者 番 号		3	3	0	0	1	9
	妻	保 険 者 名	全国健康保険協会●●支部						
		保 険 者 番 号	0	1	x	x	0	0	1

※治療を行っていない者については記入不要です。

治療を行った方（医療費の支払いがある方）について記載してください。

- （※ 2） 保険が適用される生殖補助医療の実施に伴い、精巣内精子採取術（TESE）等、顕微授精につながる、保険が適用される男性不妊治療を実施した場合に、その医療費（自己負担額）を記載してください。
- （※ 3） 同じ月に男性不妊治療と男性不妊治療を除く治療がある場合は、行を分けて領収金額等を記載してください。
- （※ 4） 限度額認定証又はマイナ保険証の提示があった場合でも、自己負担限度額が確認できなかった等により高額療養費の適用が無い場合（受診者本人に医療費の3割負担を求めた場合等）は、「対象外」を選択してください。

