

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

特定不妊治療費助成事業受診等証明書(男性不妊治療用)

下記の者について、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地及びその名称

主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|
| (ふりがな) | () | () | |
| 受診者氏名 | 夫 <small>パートナー</small> | 妻 <small>パートナー</small> | |
| 受診者生年月日 | 昭・平 年 月 日 (歳) | 昭・平 年 月 日 (歳) | |
| 今回の治療方法 | 行った手術療法を記載ください。 | | (精子回収の有無) 1.有 2.無 |
| 今回の治療期間 ^{※1} | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 領 収 金 額 | [今回の治療にかかった金額合計：保険外診療に限る] | | |
| | 男性不妊治療費 ^{※3} | 領収金額 | 円 |

※ 治療期間については、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。

※ 男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよ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。