

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書（男性不妊治療用）

次の者については、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）		
ふりがな	夫	
受診者氏名		
受診者生年月日		昭和 年 月 日（歳） 平成
今回の治療方法	行った手術療法を記載してください。 ()	
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 ※2 保険外診療に限る。] 男性不妊治療費※3 領収金額 _____ 円	
備考 ※4 (院外処方、その他)		

※1) 治療期間については、男性不妊治療手術を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください

※2) 保険外診療の治療費額のみ記載してください。ただし、入院料、食事代、文書料など、直接治療に関係ない費用は含みません。

※3) 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治療の対象となります。

※4) 院外処方を指示した場合や、主治医の判断により治療の一部を他の医療機関で行った場合は、各指示内容をこの欄へ記載してください。この記載がないと助成対象とみなすことができません。