

朝日町男性不妊治療費助成受診証明書

朝日町長あて

下記の方において体外受精・顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込みが極めて少ないと思われるため、体外受精・顕微授精に至る過程の一環として、精子回収術を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収しました。なお、当医療機関は、富山県不妊治療費助成事業の指定医療機関又は精巣内精子採取術の保険医療機関であることを証明します。

年 月 日

治療実施医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受診者氏名		(男)		生年月日		年	月	日
先進医療の有無		有 ・ 無						
保険診療の有無		有 ・ 無						
今回の治療期間 ※1		年 月 日 ～ 年 月 日						
		(男性不妊治療分) 年 月 日 ～ 年 月 日						
体外受精・顕微授精の実施医療機関名		※ 男性不妊治療と実施する医療機関が異なる場合のみご記入下さい						
治療内容		該当する治療に○をつけて下さい A 精巣内精子採取術（T E S E） B その他の精子を精巣または精巣上体から採取する手術						
		(具体的な内容)						
		※ 先進医療および保険適用外の治療や投薬を行った場合はその内容もご記入下さい						
精子回収の有無		有 ・ 無						
本人負担額内訳 ※2	期 間	保 険 適 用 診 療 分			保険適用外診療分の 本人負担金額			
		診療点数		本人負担金額				
	年 月分	点	円	円				
	年 月分	点	円	円				
	領収金額 合計				円	円		

※1 治療期間は、採卵準備又は凍結胚移植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ご記入下さい。採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から体外受精または顕微授精の治療終了日までをご記入下さい。男性不妊治療の開始日は、精子回収術を行うための投薬開始等を行った日として下さい。

※2 凍結された精子の管理料は含みません。また食事療養費、文書料、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用も助成対象ではありませんので、含まないで下さい。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。