

朝日町男性不妊治療費助成受診等証明書

下記の方については体外受精又は顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）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たことを証明します。

(治療実施医療機関)

年 月 日

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)

(ふりがな)	()	()
受診者氏名	夫	妻
受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
○今回の治療方法(男性不妊治療について、該当する記号に○をつけて下さい) A 精巣内精子生検採取法(TESE) B その他精巣上体内精子吸引法(MESA) 等		
今回の治療期間※ (男性不妊治療のみ)	年 月 日 ~ 年 月 日	
○体外受精・顕微授精実施医療機関と治療状況 *男性不妊治療と特定不妊治療を別の医療機関で実施する場合は①~③を記入 *男性不妊治療と特定不妊治療を同じ医療機関で実施する場合は③を記入 ①所在地 _____ ②医療機関名称 _____ ③特定不妊治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ※採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了した場合は空欄		
○精子回収の有無 (有 ・ 無)		
領収金額	(今回の男性不妊治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る) 領収金額 円	

- ※ この受診証明書は、男性不妊治療を実施した医療機関の医師が記入してください。
- ※ 治療開始とは、精巣内精子生検採取法を行うための投薬開始等をした日とします。
- ※ 本証明書における「男性不妊治療」とは、特定不妊治療に至る過程の一環として行う精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術のことをさします。