

男性不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療に至る過程の一環として、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴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

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）
今回の治療期間	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〕 領収金額 円			
特定不妊治療を実施する医療機関名				

男性不妊治療を実施する医療機関の方へ

この証明書の記入にあたっては、下記の点にご注意下さい。

- 当事業の助成対象となる治療は、特定不妊治療に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法（TESE）または精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、その他精子を精巣または精巣上体から採取するための手術等であり、保険外診療のものに限ります。
- 当事業の助成対象となる医療機関は、特定不妊治療費助成事業指定医療機関及び同医療機関からの紹介等により、上記の男性不妊治療を実施した医療機関です。
 - 例1：指定医療機関Aで採卵、採精、胚移植を行ったケース
 - 例2：指定医療機関Aで採卵、指定外医療機関Bで採精し、Aで胚移植を行ったケース
- 特定不妊治療費が助成の対象とならなかった場合は、この男性不妊治療も助成の対象となりません。

男性不妊治療を受けた患者様へ

この証明書は、特定不妊治療を受ける医療機関で「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」を発行していただく際に提示して下さい。