

特定不妊治療費助成事業受診等証明書（男性不妊治療用）

次の者については、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）の過程において行われる男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

保険医療機関の

名称及び所在地

主治医氏名

印

（署名又は記名押印）

医療機関記入欄

ふりがな 受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日
今回の治療方法	実施した手術療法を記載してください。 (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	
男性不妊治療費の 領収金額 ※治療に直接関係の ない費用(入院費、 食事代、病衣代、 文書料等)は、除 く。	【今回の治療に要した金額の合計】 治療内容に応じて、(1)又は(2)のいずれかに記載してください。 ※保険診療と併用される先進医療を実施した場合→(1)に記入してください。	
	(1) 保険診療分 領収金額 _____ 円 (上記のうち先進医療費に係る経費 _____ 円)	
	(2) 混合診療分 領収金額 _____ 円	
体外受精及び顕微授精 を実施する医療機関名		

※1 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。

(注)この証明書は、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）を実施する保険医療機関からの紹介等に基づき、特定不妊治療の過程で行われる「精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術」(男性性不妊治療)の実施について確認するものです。