

|       |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

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)

下記の方については、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

指定医療機関記入欄

|                   |                                       |       |          |                        |
|-------------------|---------------------------------------|-------|----------|------------------------|
| (ふりがな)<br>受診者氏名   | 夫                                     | ( )   | 妻        | ( )                    |
| 受診者生年月日           | 昭和<br>平成                              | 年 月 日 | 昭和<br>平成 | 年 月 日                  |
| 領収年月日             | 年 月 日 ~                               |       | 年 月 日    |                        |
| 領収金額              | 円                                     |       |          |                        |
| (以下は主治医が記入してください) |                                       |       |          |                        |
| 主治医氏名             |                                       |       |          |                        |
| 今回の治療方法           | 男性不妊治療を行った場合は、行った手術方法を記載してください<br>[ ] |       |          | (精子回収の有無)<br>1. 有 2. 無 |
| 今回の治療期間※          | 年 月 日 から                              |       | 年 月 日    |                        |

※ 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)

採卵準備前に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。

