

特定不妊治療受診証明書（男性不妊治療用）

次の者については、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の住所

名称

主治医氏名

印

（署名又は記名押印）

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	()
受診者生年月日 (和暦)	年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	行っ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 (和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収年月日 (和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日	
[今回の治療にかかった金額合計 (保険外診療に限る)]		
男性不妊治療費※2 (手術料及び凍結料)	領収金額	円 (うち助成対象外経費 円)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> 助成対象外経費とは、 治療に直接関係ない費用 (入院費、食事代、 凍結された精子の管理料 (保存料)等。 </div>		
院外処方及び他院での治療の有無 ※5	有 ・ 無	

※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。

※2 今回の治療にかかる、保険外の院外処方箋発行及び貴院の指導に基づく他院での治療の有無について記載してください。

(注) 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。