

第1号様式の4（第4条関係）

男性不妊治療費助成受診等証明書

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（主治医が記入してください。）

| | | | | |
|------------------|---|-----|------------|-----|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 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〕 領収金額 円 (うち保険適用分 円) | | | |
| 特定不妊治療を実施する医療機関名 | | | | |

- 男性不妊治療費のうち助成の対象となる治療は次のとおりです。
- ・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。但し、保険外診療に限る。
 - ・指定医療機関からの紹介等により、他医療機関で治療したものを含む。