

(第6関係) 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

主治医氏名

※医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

受診者の状況	氏名	()	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日生 歳
今回の治療期間	男性不妊治療を行った場合は、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
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
領収金額	領収年月日	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(医療機関発行の領収書を添付すること) 男性不妊治療費※ 領収金額 円		

※ 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。

※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。