

通院状況確認書（男性不妊治療）

通院者氏名 _____ (S・H 年 月 日生 _____ 歳)

通院した 医療機関	医療機関名	所在地
		〒

治療期間 ※男性不妊治療は手術の際の通院のみ対象です。			
回数	受診日	回数	受診日
1	令和 年 月 日	6	令和 年 月 日
2	令和 年 月 日	7	令和 年 月 日
3	令和 年 月 日	8	令和 年 月 日
4	令和 年 月 日	9	令和 年 月 日
5	令和 年 月 日	10	令和 年 月 日

※手術を行ったが、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。

原則、下記項目すべてに✓がつく方が助成対象となります

- 治療開始時において婚姻（事実婚含む）していますか
- 受診日から申請時まで盛岡市に居住していますか
※盛岡市以外の地域に居住地を移した場合、助成対象となるのは盛岡市に居住していた期間の通院のみとなります。
- 治療は保険適用の男性不妊治療（ただし、精子を精巣または精巣上体から採取するための手術に限る）ですか
- 領収書、請求書、明細書の日付と受診日が一致していますか

（留意事項）

- ・ 治療を受けた本人のみが助成対象となります。同行者分は助成対象外です。
- ・ 診察を行わない薬や処方箋の受け取りや、カウンセリングのみの通院は助成対象外です。
- ・ 令和5年3月31日以前の通院は助成対象外です。
- ・ 申請は年度（4月1日～3月31日）につき1回です。

この様式は申請者本人が記入するものです。医療機関に記入を依頼する必要はありません。