

不妊治療費助成受診等証明書（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

医療機関記入欄（※主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	実施した手術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	年 月 日～ 年 月 日		
領収金額	[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 領収金額 _____ 円		

※1 治療期間については、男性不妊治療を行った日を記載してください。

※2 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。