

滑川市男性不妊治療費助成事業受診証明書

下記のとおり、体外受精・顕微授精による不妊治療に至る一環として、精子回収術を実施し、これにかかる医療費を領収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 印

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
○今回の治療方法（男性不妊治療について、該当するものに○をつけてください） A 精巣内精子生検採取（TESE） B その他精巣上体内精子吸引法（MESA） 等				
今回の治療期間※ （男性不妊治療のみ）	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
○体外受精・顕微授精実施医療機関と治療状況 ・男性不妊治療と体外受精・顕微授精による不妊治療を別の医療機関で実施する場合は①～③を記入 ・男性不妊治療と体外受精・顕微授精による不妊治療を同じ医療機関で実施する場合は③を記入 ①所在地 _____ ②医療機関名称 _____ ③不妊治療期間 _____ ※採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了した場合は空欄				
○精子回収の有無 （ 有 ・ 無 ）				
領収年月日 平成 年 月 日 領収金額 _____ 円 （今回の男性不妊治療にかかった合計金額※保険外診療に限る）				

※この受診証明書は、男性不妊治療を実施した医療機関の医師が記入してください。
※治療開始とは、精巣内精子生検採取法を行うための投薬開始等をした日とします。